

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL - MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Adriano Kessler Vieira

**AÇÃO SOLIDÁRIA EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA ESF EM SANTA CRUZ
DO SUL/RS (2010-2012), COM FOCO NA HAS**

Santa Cruz do Sul
2013

Adriano Kessler Vieira

**AÇÃO SOLIDÁRIA EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA ESF EM SANTA CRUZ
DO SUL/RS (2010-2012), COM FOCO NA HAS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Artemio Fischborn Ferreira

Santa Cruz do Sul

2013

Adriano Kessler Vieira

**AÇÃO SOLIDÁRIA EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA ESF EM SANTA CRUZ
DO SUL/RS (2010-2012), COM FOCO NA HAS**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr. Marcos Artemio Fischborn Ferreira
Professor Orientador – UNISC

Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa
Professora examinadora - UNISC

Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato
Professora examinadora – UFCSPA

Santa Cruz do Sul
2013

AGRADECIMENTOS

À minha família – Bernadete Kessler Vieira, Tertuliano Vieira e Alexandre Kessler Vieira - pelo carinho, pela compreensão e pelo apoio afetivo, emocional e material proporcionado durante todos esses anos.

Aos Coordenadores das Unidades da ESF- Senai e Bom Jesus - Liseana Palma Flores e Birtia Muriel Pires, a Coordenadora das Equipes da Saúde da Família - Fernanda Portugal Carlin e a todos os demais profissionais de saúde da ESF – agradeço o interesse e a disponibilidade de cada um, para a efetuação das entrevistas, bem como pela inestimável contribuição para a realização desta dissertação.

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado (PPGDR/UNISC) – Dra. Virginia Elisabeta Etges e Dr. Silvio Cezar Arend e a todos os professores do programa - por terem contribuído na minha formação acadêmica e na construção dessa pesquisa.

Ao meu amigo, orientador e aluno Dr. Marcos Artemio Fischborn Ferreira, agradeço a sua compreensão, paciência e carinho compartilhado durante os últimos dois anos; agradeço esse privilégio de conviver e usufruir de sua simplicidade e competência. Sem dúvida, me sinto honrado em poder dizer que o senhor foi o meu orientador e que participou do meu crescimento profissional e acadêmico, proporcionado através de seus ensinamentos e de sua dedicação constante na área da Saúde Pública e da Epidemiologia.

Ao meu irmão, amigo e colega de profissão Alexandre Kessler Vieira, pela ajuda constante em todos os momentos da minha vida, onde sempre obtive apoio e segurança para encarar qualquer dificuldade.

A minha amiga Lauren Picada Porto, pelo carinho e compreensão, sem a sua ajuda teria sido quase impossível chegar ao final.

*Mas não basta pra ser livre
Ser forte, aguerrido e bravo
Povo que não tem virtude
Acaba por ser escravo...*

Hino Rio-Grandense
(Francisco Pinto da Fontoura)

RESUMO

A pesquisa consiste num estudo de caso compreendendo duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Santa Cruz do Sul (SCS), no período 2010-2012. O objetivo geral foi o de analisar duas equipes da ESF no município de SCS, suas ações com relação à prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), assim como as representações dos profissionais das equipes estudadas. As razões que conduziram à escolha do objeto de estudo se referem ao interesse do pesquisador atuante na área de educação física, sobre as formas institucionalizadas de atenção à saúde, especialmente as medidas promotoras de níveis saudáveis com relação à HAS. A escolha de duas unidades da ESF em SCS corresponde ao interesse do pesquisador em dois planos: um, com respeito ao papel desempenhado pelas unidades de ESF em sua rotina de busca de casos e suas estratégias para abordar e apoiar os pacientes diagnosticados; outro, o significado propagado pelo Ministério da Saúde com relação ao diferencial da ESF, preconizada como uma estratégia ordenadora do conjunto das atividades em um sistema de saúde. O conceito que fundamenta a organização da ESF tem como base a ação territorial em saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com a coordenação da ESF em SCS e com os profissionais de saúde atuantes na ESF nas duas regiões selecionadas caracterizadas como áreas de risco pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As entrevistas individuais, transcritas e conjugadas representam a visão dos grupos abordados, num conjunto que representa o quadro das indagações selecionadas pelo pesquisador para este coletivo, recortado pelas questões teóricas centrais propostas nos objetivos da pesquisa. Os dados empíricos revelaram que as organizações da dinâmica de trabalho desenvolvidas pelas equipes de saúde da ESF, aos usuários com HAS, ocorrem por meio das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelas consultas previamente agendadas pela enfermeira ou técnica de enfermagem, e pelas atividades educativas destinadas aos hipertensos, diabéticos e gestantes. Percebe-se que, o acolhimento nem sempre foi realizado de forma satisfatória pelas equipes, segundo observação *in loco* e depoimento das mesmas, fato esse justificado pela estrutura ainda aquém do necessário e pela escassez de profissionais. As indagações sobre questões do cotidiano de trabalho e o alinhamento observado com referência aos princípios e regras que definem as funções e objetivos da ESF, as respostas são reveladoras de aspectos ainda presentes nas unidades, que retomam ou atualizam as práticas tradicionais do modelo médico-curativo. Com respeito à atuação das equipes junto à comunidade – especialmente com referência à HAS – as atividades desenvolvidas não tem seguido um protocolo permanente para a ação de campo junto às famílias. Nota-se que a transformação esperada pela ESF e pelas equipes, na assistência em saúde prestada, ainda é vista com doses de resistência por parte dos gestores municipais, profissionais e mesmo, parte da clientela – sinalizando para desvios de rota na condução de uma estratégia renovadora em saúde. Os resultados da ESF já consagrados em vários municípios do país, e mesmo em SCS, ainda não firmam, junto à gestão da saúde pública, a convicção sobre os benefícios que a ESF já produz. A realidade observada nas unidades estudadas implica uma posição política ainda tímida com relação à importância do significado que a Estratégia representa.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, gestão territorial em saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Preventiva, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The research is based on a case study including two Estratégia Saúde da Família (ESF) units in Santa Cruz do Sul/RS in the period between 2010-2012. The overall objective was to analyse two teams ESF in the municipality of SCS, your actions with respect to prevalence of hypertension, as well as depictions of professional teams studied. The reasons that led to the choice of the study subject relate to the researcher interest in the institutionalized forms of attention for health, specially in the promoting measures for healthy levels related to Systemic Arterial Hypertension (HAS). The choice for the two ESF units in SCS correspond to the interest of the researcher in two levels: one with the role played by the ESF units in the routine for case detection and approach and its support strategies for diagnosed patients; and the other with the propagated meaning by the Health Ministry (Ministério da Saúde) regarding the differential from the ESF that is advocated as an ordering strategy from a group of activities in the health system. The fundamental concept of organization of the ESF has as basis the territorial action for health. The data was obtained through interviews with the coordinators from ESF in SCS and with the health professionals that act in the ESF from both selected regions in the original condition as risk areas. The interviews created a set of individualized speeches, transcribed and combined into a unique text, having as a cutting axis not individualities or the groups vision, but a set that represents the frame of the selected inquiries from the researcher for this collective, designed by the central theoretical questions proposed in the research goals. The empiric data revealed that the work dynamic developed by the ESF health groups, for the Systemic Arterial Hypertension patients, occur through home visits carried by the Community Health Agents (ACS), previously scheduled visits by the nurse or nursing technician and by the educational activities designed for hypertense, diabetics and pregnant groups. Following an *in loco* analysis and the testimony given by the designed teams, we do realize that the caring was not always done in a satisfactory way. This is a fact justified by the lack of infrastructure and scarcity of professionals. The questioning about daily work and its alignment with the principles and rules that define the role and goals of the ESF gives revealing answers about aspects still present in the unities, which retake or update the traditional practices of the medical-curative model. As for the action teams – especially with reference to HAS- the activities not been following a permanent protocol for the action of the field along the families. Note that in the community in what refers the respect of the administrative rules and technical/operational norms as orderer for the social intervention from the team, it was observed that the participant through Method, during the developed activities by the ACS in its microárea of competence, the absence of a work agenda that defines a default procedure for the field tasks to be realized with the general public and hypertense families. We have noticed that the expected change for the ESF and for the team, in the health assistance, is still seen with some kind of reluctance by the municipal administration, professionals and even for the patients – signaling deviation in the conduction route for the renewal strategy of the health system. The results of the ESF already achieved in many municipalities across the country, and even in Santa Cruz do Sul, do not create a conviction about the benefits that the ESF produces. The reality observed in the studied units implicates in a shy political position in relation to the importance of the meaning from what the Strategy represents.

Keywords: Family Health Strategy - Brazil, Territorial Health Management, Systemic Arterial Hypertension, Preventive Medicine, Primary Health Attention.

LISTA DE FIGURAS

1	Taxa de Internações por AVC, por Unidade da Federação, Brasil e RS, 2003-2010 (preliminar).....	31
2	Localização do Município de Santa Cruz do Sul na Região do Vale do Rio Pardo e no estado do RS.....	61
3	Mapa produzido por Alexandre Rauber e adaptado por Adriano Kessler Vieira, 2013.....	92

LISTA DE QUADROS

- 1 Síntese dos indicadores estatísticos de Santa Cruz do Sul (SCS).....62
- 2 Unidades ESF de Santa Cruz do Sul e Unidades selecionadas para estudo.
Santa Cruz do Sul/RS, 2012..... 76
- 3 Composição das Equipes de Saúde da Família – Santa Cruz do Sul – 2012.. 93

LISTA DE TABELAS

- 1 Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2010 (preliminar)..... 31
- 2 Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, por Unidade da Federação, BR, 2001-2010 (preliminar).... 51
- 3 Evolução dos indicadores das 4 USFs, implantadas antes de 2003. Santa Cruz do Sul, 2012..... 79

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIRD	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
CIEE	Centro de Integração Empresa-Escola
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CTG	Centro de Tradições Gaúchas
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PAS	Plano de Assistência a Saúde
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PPGDR	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional
Proesf	Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RS	Rio Grande do Sul
SCS	Santa Cruz do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEF	Unidades Estratégia da Família
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	POLÍTICA DE SAÚDE E TERRITORIALIDADE, PRIMEIRAS EXPLORAÇÕES SOBRE O TEMA.....	18
2.1	Saúde, Promoção e Prevenção, seus significados e resultados.....	19
3	POLÍTICA DE SAÚDE E GESTÃO TERRITORIAL NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL (RS).....	24
3.1	O significado da ação atual da Secretaria da Saúde no RS e os desdobramentos das ações de saúde e o ESF.....	27
3.2	Perspectivas frente à implementação de políticas públicas da saúde em geral e, da HAS no Brasil, em face das mudanças demográficas e sanitárias.....	29
3.3	A saúde territorializada.....	36
4	OS PONTOS CENTRAIS QUE DEFINEM A ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM SUA ORIGEM.....	39
5	O SIGNIFICADO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COMO MEIO DE SUPERAÇÃO DA CENTRALIDADE DO MODELO MÉDICO- CURATIVO COM FOCO O HOSPITAL.....	42
5.1	A relevância das ações Programáticas em saúde no contexto da ESF.....	45
6	AVALIAÇÃO E DIFUSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL (RS).....	48
6.1	Formação e Desenvolvimento de Equipes em Saúde.....	51
6.2	O Agente Comunitário de Saúde (ACS): um elo mediador entre a comunidade e as Equipes de Saúde da Família.....	54
6.3	A ESF como programa de ação territorial em saúde.....	57
6.4	A ESF como instrumento de qualidade de vida da população.....	59
7	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL (RS).....	61
8	TEORIA E MÉTODO DE ANÁLISE.....	63
8.1	Método de abordagem.....	63
8.2	Pesquisa documental.....	66
8.2.1	Princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF).....	66
8.2.2	Operacionalização da Estratégia Saúde da Família.....	68
8.2.3	Funcionamento das Unidades de Saúde da Família.....	68
8.2.4	Composição da equipe da Unidade de Saúde da Família.....	69
8.2.5	Principais programas da Atenção Básica a serem executadas pelas Estratégias Saúde da Família.....	70
8.2.6	Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica.....	72
9	TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS.....	75

10	A ESF E SUAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS NO MUNICÍPIO DE SCS: RACIONALIDADE, EXPANSÃO E FORMAÇÃO DE QUADROS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS.....	78
11	CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES DA ESF ESTUDADOS.....	92
11.1	Características da unidade de saúde Bom Jesus e Senai referente a sua localização, suas atribuições, corpo de profissionais, infraestrutura e público alvo.....	93
12	A ATUALIDADE DA ESF – ABRANGÊNCIA ATUAL E FORMAS DE ATUAÇÃO.....	96
12.1	Conhecendo a força trabalho que compõem a equipe ESF com relação à prevenção e o tratamento de HAS nas unidades estudadas em SCS.....	96
12.1.1	Contingente de profissionais atuantes nas duas unidades de saúde estudadas em SCS.....	97
12.1.2	Alinhamento ou dispersão em relação aos princípios programáticos do ESF com relação ao controle e prevenção de pessoas com HAS.....	104
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS.....	134
	ANEXO.....	147
	ANEXO A – Avaliação da estrutura e do processo de trabalho.....	148
	ANEXO B – Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com membros do ESF sobre estratégias preventivas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	149
	ANEXO C – Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os ACS da ESF sobre estratégias preventivas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	150
	ANEXO D – Quadro Descritivo das áreas cobertas pelos ACS Unidades ESF/ Senai e Bom Jesus.....	151
	ANEXO E – Fotografia aérea com demarcação da área da Unidade de Saúde – Bom Jesus e suas microáreas de abrangência.....	153
	ANEXO F – Demarcação espacial da Unidade de Saúde - Senai e suas microáreas de abrangência em mapa urbano de Santa Cruz do Sul.....	154
	ANEXO G – Plotagem das residências existentes segundo agravos de saúde – identificados por cores - em cada microárea da Unidade de Saúde Bom Jesus.....	155

1 INTRODUÇÃO

Partindo da ideia de que as políticas de saúde se consolidam nos serviços mediante as ações de vários atores sociais e de suas decorrentes práticas diárias, esta pesquisa de dissertação tem como tema refletir sobre as práticas de educação em saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹, com foco na abordagem preventiva e curativa da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), analisando como se realizam os princípios de integralidade e sustentabilidade da ESF no município de Santa Cruz do Sul (SCS), culminando na discussão frente aos alcances e limites dessas estratégias para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (SUS).

As duas últimas décadas foram marcadas por um grande aumento nas taxas de doenças crônico-degenerativas. Esse acréscimo é decorrente de vários processos e alterações no estilo de vida da sociedade, sendo que as mudanças de hábitos físicos e alimentares são alguns dos mais significativos. Como consequência, pode-se identificar o sedentarismo como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversas patologias, em que se destaca a HAS como a mais preocupante para o quadro das políticas públicas de saúde no Brasil (APPEL; VASAN *et al. apud* VIEIRA, 2007).

Nesse contexto uma estratégia eficaz se faz necessário para a redução dos índices de hipertensos na população bem como sua exposição aos fatores de risco da doença. Certamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida, implementando modelos de atenção básica a saúde, que reduzirão o risco, trazendo benefícios individuais e coletivos.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde através do Ministério da Saúde (MS), tem ampliado o campo de ações preventivas com relação às doenças crônico-degenerativas, entre elas a doença hipertensiva. Um dos mecanismos mais efetivos para atuar com esta perspectiva tem sido a atuação da ESF, implantado em 1994². Seu objetivo central era o de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção

¹ Em fases das mudanças constantes das siglas queremos alertar que ao longo do texto a sigla ESF será utilizada para a denominação mais recente do anterior PSF (Programa de Saúde da Família), ou seja, a Estratégia de Saúde da Família.

² Denominada inicialmente de PSF – Programa de Saúde da Família.

básica, orientado para a detecção de padrões de morbidade populacional em territórios selecionados, além de implementar meios de promoção à saúde, assim como estratégias de prevenção e cura de doenças. Essa dinâmica permite uma identificação precoce, e um melhor acompanhamento de indivíduos hipertensos, promovendo assim uma melhor saúde e qualidade de vida.

Essa trajetória percorrida para a implementação da ESF constituiu-se como um processo de reforma do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual sua missão era reestruturar gradativamente a racionalidade de prestação de serviços e ampliar sua cobertura em áreas desassistidas, promovendo assim uma maior articulação com outras ações e políticas sociais no âmbito do sistema público brasileiro.

Ao introduzir a ESF na política brasileira de saúde, o MS passa a contar com um espaço de atuação institucional voltado para uma lógica de abordagem na saúde que sempre foi tratada como um valor secundário na prática da gestão do setor. Esta afirmação está fartamente amparada na história das políticas brasileiras de saúde, onde a atenção médica curativa sempre foi à forma mais prestigiada de atuação, apesar de seu alto custo e resultados nem sempre modificadores da realidade sanitária. Mesmo que o SUS ainda seja uma política jovem, a ESF já conta com tradição que tem marcado a prática e o pensamento sanitário a respeito do valor que ações preventivas promovem em sua incidência sobre os indicadores de saúde.

Os resultados relevantes da ESF no Brasil a tornam uma estratégia exitosa, mas ainda precisa superar gargalos existentes no sistema de saúde para desempenhar seu papel de forma eficiente. Vale observar, no entanto, que para se tornar uma estratégia de fato, a atenção básica à saúde incorporada internamente no sistema de serviços de saúde, tem sido articulada em interfaces operacionais com outras políticas públicas como, por exemplo: o saneamento básico, a educação, o emprego e renda, direitos da mulher, saúde na escola, promovendo assim um conjunto de ações preventivas entre diversos setores da saúde e outras políticas de corte social. Essa interconexão é fundamental para que se possa propor estratégias de promoção e proteção abrangente às famílias e comunidades (MS, 2004; TEIXEIRA e SOLLA, 2006; ASSIS *et al.* 2007).

O método de abordagem utilizado na pesquisa de dissertação é qualitativo, que teve como objetivo geral analisar duas equipes da ESF no município de SCS, suas

ações com relação à prevalência de HAS, assim como as representações dos profissionais das equipes estudadas.

Os objetivos específicos deste estudo foram: Identificar as prioridades de gestão e ações da ESF de SCS, a partir de seus critérios orientadores; Identificar as propostas e as ações realizadas pela ESF em SCS, com relação às estratégias voltadas a prevalência de cardiopatia hipertensiva, da atuação clínica, da efetuação dos registros e avaliação da atuação em termos epidemiológicos; Analisar as representações dos profissionais integrantes da ESF (profissionais de saúde, gestores, técnicos), sobre os significados mais relevantes relacionados a esta política; Identificar os componentes da política da ESF que a garantem em sua condição de política de gestão territorializada.

Os objetivos tiveram como propósito, identificar e organizar uma pauta que esclareça questões consideradas relevantes para o estudo: Como decorrência, os aspectos pesquisados permitem que o pesquisador conheça o campo das relações entre os operadores da política – coordenação do ESF, membros das equipes profissionais e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os responsáveis pela gestão pública municipal de SCS. A abordagem realizada permite identificar pontos sensíveis nessas relações e, ao mesmo tempo, perceber aspectos relevantes da implementação desta política no município. Os resultados da pesquisa permitem identificar aspectos do funcionamento de uma parcela da política, que interferem de forma relevante no desempenho das unidades visitadas.

O estudo está organizado em diferentes momentos metodológicos que se entrelaçam e foram constituindo-se a partir do amadurecimento do problema de pesquisa. Essa construção partiu da observação empírica do pesquisador e de sondagens junto aos setores de gestão da política de saúde na Secretaria Municipal de Saúde-SCS e nas áreas selecionadas para estudo, realizadas durante a confecção do projeto de dissertação. O pesquisador reside e trabalha na região há quase uma década; estudou Educação Física – Licenciatura Plena, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde desenvolveu trabalhos relacionados à prevenção e promoção da saúde com relação à HAS. Foi por intermédio do conhecimento sobre o processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje ESF, no município de SCS, que despertou um grande interesse do pesquisador em verificar a estrutura, as ações e as propostas estratégicas em

sua condição de política de saúde territorializada, com relação à cardiopatia hipertensiva.

2 POLÍTICA DE SAÚDE E TERRITORIALIDADE, PRIMEIRAS EXPLORAÇÕES SOBRE O TEMA

Para discutir saúde como um mecanismo de promoção do desenvolvimento, busca-se algumas ideias defendidas por Friedrich Engels (1986), que na época já discutia as relações existentes entre a saúde e o desenvolvimento. Engels estudou a condição da classe operária na Inglaterra no início dos anos 1800, traçando um paralelo entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, concluindo que o estilo de vida interfere diretamente na produção da saúde, agregando a pobreza, a injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana.

Há anos, muitos estudos vêm sendo desenvolvidos sobre as diversas relações existentes entre o desenvolvimento econômico e social e a promoção da saúde. No início dos anos 1990, Goldberg (1994) relatou que os determinantes socioeconômicos fundamentais para ações produtoras de saúde foram esquecidos e vistos como um tema secundário a ser desenvolvido em estudos e pesquisas. Nesta perspectiva, percebe-se que as influências dos fatores sociais e econômicos tiveram uma maior relevância em séculos passados que na atualidade.

De acordo com Bedin (1997), as conexões existentes entre saúde e desenvolvimento ampliaram-se além dos efeitos sociais e econômicos evidenciados nas populações. Esse fato é decorrente das análises e questionamentos a serem realizados sobre a lógica do desenvolvimento e seus reais impactos no planeta. Nesse contexto, torna-se necessário agregar além dos direitos clássicos (civis, políticos e econômicos - sociais), os direitos de solidariedade, de desenvolvimento, de condições ambientais e humanas sadias, à paz e autonomia dos povos.

A interrelação entre saúde e desenvolvimento é apresentada no documento elaborado pela Comissão para os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2004). Este documento critica um informe prévio da OMS que ao analisar as relações existentes entre a saúde e o desenvolvimento, explorou somente aspectos econômicos, definindo "saúde" como uma opção para o desenvolvimento, desconsiderando que as condições socioeconômicas também podem contribuir para a promoção de novos resultados na saúde e na qualidade de vida de uma sociedade.

Para uma melhor compreensão das possíveis interconexões existentes entre a saúde e o desenvolvimento, pode-se dizer que o campo da saúde vem assumindo um forte papel frente ao modelo de desenvolvimento atual, permitindo novas reflexões e alternativas ao modelo hegemônico para o combate de produtos nocivos a saúde e ao meio ambiente.

2.1 Saúde, Promoção e Prevenção, seus significados e resultados

O espaço que habitam os conceitos de saúde, promoção e prevenção, pode ser compreendido como elementos da ciência através de uma epistemologia médica, que foi sendo relativizada e reelaborada a partir de um campo conceitual que se estrutura a partir de disciplinas concorrentes, do campo das ciências naturais e humanas, promovendo alterações de pontos de vista e redefinindo os contornos e conexões em diversos campos de ação da vida humana³.

A saúde pode ser entendida como uma qualidade inata do homem e segundo a tradição aristotélica⁴ é uma das propriedades que contribuem e auxiliam na produção da felicidade. Nessa perspectiva, a tradição cristã acrescentou a ideia de que a saúde também seria um resultado de virtudes espirituais, gerado ou reestabelecido por uma graça divina (NOGUEIRA, 2003, p.100)⁵.

Ao questionar a exclusão da saúde como objeto do campo científico, Canguilhem *apud* Czeresnia (2003) propõe uma oposição entre saúde filosófica e saúde científica. Portanto o autor entende como sendo saúde filosófica, os fatos que ocorrem na saúde individual e privada do ser humano, implicando o conceito de corpo subjetivo. Já a saúde científica seria o estudo da salubridade e da doença das populações, decorrentes de processos objetivos.

Para uma melhor compreensão, cita-se as ideias defendidas por Nietzsche *apud* Czeresnia (2003) na qual relaciona a medicina com filosofia, mostrando-nos a grande amplitude que o termo saúde evoca:

³ O movimento sanitário brasileiro a partir dos anos setenta, ao assumir o debate plural das questões da saúde, com vistas à reforma sanitária, foi condensando a diversidade de pontos de vista, que gerou um campo de análise vasto e diversificado denominado de Saúde Coletiva.

⁴ Aristóteles, filósofo grego (384-322 a.C) é considerado o fundador da ciência e do pensamento lógico, cujas idéias sobre a humanidade exercem grande influência no pensamento contemporâneo.

⁵ O livro de Roberto Nogueira – **Saúde pelo Avesso** – retrata a complexidade existente nas diversas conceituações de saúde e de sua historicidade. Os capítulos X e Y tratam centralmente essa discussão.

Ainda estou à espera de um médico filósofico, no sentido excepcional da palavra – um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar – terá uma vez o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo filosofar até agora nunca se tratou de ‘verdade’, mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida (NIETZSCHE, 1983. p. 190).

Ao postular uma teoria geral da saúde, Samaja (2000) de certa forma dá continuidade ao projeto da epistemologia médica. Relata em seus estudos que, o objeto das ciências da saúde é a vida humana, individual e social, considerada em um registro de valor no espectro saúde-enfermidade. Refere-se de um objeto complexo constituído por diferentes níveis, entre as quais: células, organismos, biossociedades, sociedades culturais e sociedades políticas. Esses níveis se comunicam uns com os outros, através de interfaces e hierarquias, que correspondem a processos evolutivos, onde uma estrutura se constrói sobre a anterior, vivenciando um período de superação, até alcançar um limiar de saturação, na qual será superada por estágio superior.

Após uma breve conceituação de saúde, surgem nas últimas décadas novas perspectivas para redirecionar as práticas de saúde através da articulação de ideias que venha ao encontro da promoção da saúde.

Nesse sentido, Leavell e Clark (1976) entende como sendo promoção, um conceito tradicional do nível primário de atenção em medicina preventiva, que nas últimas décadas foi tratada com uma ênfase maior. Essa revalorização da promoção da saúde é resgatada através de um novo discurso, em torno da necessidade de controlar os custos crescentes da assistência médica, que na prática não apresentam resultados significativos. Neste contexto, essas novas ideias que foram sendo construídas ao longo dos últimos anos, tornaram-se propostas governamentais em países como Canadá, EUA e Europa ocidental, com o intuito de ampliar para além de uma abordagem unicamente médica e objetiva, ações mais efetivas para o enfrentamento de problemas de saúde que possam desencadear posteriormente doenças crônicas em populações que tendem a se tornar cada vez mais idosas (BUSS, 2000).

A promoção da saúde⁶ representa na atualidade uma estratégia para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma lógica

⁶ A Promoção da Saúde foi incorporada à institucionalidade do SUS, no Brasil em março de 2006, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, seria a articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. Por intermédio da Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (WHO, 1986), onde no mesmo ano no Brasil ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira, postula a ideia de saúde como sendo um termo vinculado a um conjunto de valores, considerando a elaboração e implementação de “Políticas Públicas Saudáveis”, de forma a beneficiar ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2003).

De acordo com Leavell e Clark (1976), a promoção da saúde vem sendo interpretada, como reação à acentuada medicalização da vida social e em segundo momento como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Apesar de que inicialmente esse termo tenha sido usado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, e desta forma passou a representar, um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado.

Segundo Sutherland e Fulton (1992), sugerem que as conceituações disponíveis para o entendimento da promoção da saúde e seus determinantes, podem ser separadas em dois grupos distintos. No primeiro consiste no estabelecimento de atividades específicas que possam promover alguma alteração comportamental nos indivíduos. Portanto, é fundamental que durante a realização das atividades propostas, consiga-se avaliar os hábitos e costumes diários de cada pessoa e ao mesmo tempo localizando-os no seu contexto familiar ou no ambiente onde vive. Em segundo momento a promoção da saúde pode ser entendida como sendo o resultado de diversos fatores relacionados com a qualidade de vida, nas quais se inclui os padrões de nutrição, habitação, saneamento e estilo de vida adequado aos cuidados da saúde. Desta forma, suas atividades estariam mais voltadas ao coletivo incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando assim a perspectiva local e global, incorporando elementos físicos, psicológicos e sociais para a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas a melhoria da qualidade de vida das populações.

Já o termo prevenção em saúde pode ser compreendido como sendo uma ação antecipada, na qual é fundamentada no conhecimento da história natural a fim

de retardar ou tornar improvável o progresso posterior da doença (Leavell e Clark, 1976, p.17). O autor divide em três níveis básicos de prevenção: a primária, que é realizada no período de pré-patogênese onde serão estabelecidas medidas fundamentais para o desenvolvimento de uma boa saúde; a secundária seria relacionada ao diagnóstico e tratamento precoce da doença e a terciária representada pelas ações desenvolvidas para auxiliar os processos de reabilitação.

As propostas de promoção da saúde sugeridas por Leavell e Clark (1976), adotam estratégias educativas e normativas direcionadas a toda população (BUSS, 2003). Portanto essas ideias defendidas pela medicina preventiva proporcionaram mudanças tanto na educação como na prática médica, entando o seu desenvolvimento era marcado por fragilidades nas suas ações (AROUCA, 2003).

Segundo Arouca (2003) entende como sendo prevenção uma ação ligada a higiene, sendo esta, uma arte com o objetivo de tratar e conservar a vida. A partir do século XIX, a higiene assume um papel fundamental na medicina preventiva, sendo vista como a etapa inicial ao desenvolvimento, atingindo profundas mudanças nos hábitos e estilo de vida dos indivíduos.

Segundo Teixeira apud Czeresnia (2003), a concepção sobre os níveis de prevenção foi incorporada ao discurso da Medicina Comunitária no Brasil na década de 1960 e guiaram o estabelecimento de planos de atenção nos sistemas e serviços de saúde, vigentes na atualidade. Durante os anos 70 e 80 ela se expandiu juntamente com as novas propostas de Atenção Primária em Saúde (APS) contida na declaração de Alma-Ata⁷, fundamentada na reorganização das estratégias e ações de forma mais integrada, incluindo além da saúde, uma preocupação com o setor social e econômico da população.

Entretanto, no Brasil a visão consagrada sobre a prática da Medicina era vista através de uma prática individual,

(...) de cunho predominantemente biológico – centradas no hospital, o que tem cooperado para a especialização precoce e para a incorporação indiscriminada de tecnologia. Esta ainda é a tendência hegemônica, mesmo considerando-se a influência dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e das diretrizes de reorientação da educação médica no país (TORRES, 2002, p. 7).

⁷ A adoção da Declaração de Alma Ata em 1978, foi o movimento mais importante na “Saúde para Todos no Ano 2000”, direcionando o Brasil para uma nova ideologia frente às políticas públicas de saúde, tendo como pré-requisito à participação comunitária, a equidade, a justiça social e a cooperação entre os diversos setores da sociedade.

Pensar a perspectiva da saúde pública como fator relevante significa compreendê-lo em sua dimensão social mais ampla, a qual entende a qualidade de vida do indivíduo como prioridade básica⁸.

⁸ Amartya Sen (2000) economista indiano compreende o desenvolvimento como liberdade: o indivíduo só pode ser livre e contribuir para com o desenvolvimento de sua região, se tiver adequada condição de saúde. Nesta linha de pensamento, adotada por Sen, *a expansão da liberdade é o fim prioritário e também o meio principal para o desenvolvimento*, sendo que este consiste na remoção de vários tipos de restrições que deixam às pessoas pouca escolha e poucas oportunidades para o exercício de sua ação racional. Nesse sentido, a privação da saúde consiste em uma dessas principais restrições.

3 POLÍTICA DE SAÚDE E GESTÃO TERRITORIAL NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL (RS)

Para uma melhor compreensão das políticas públicas em saúde, onde se insere o ESF este Capítulo busca resgatar alguns episódios que correspondem a processos político-administrativos que estiveram na base da organização recente dos serviços de saúde pública e alguns episódios e passagens que definem os rumos da reforma sanitária no Brasil nos anos oitenta, culminando na conjugação de dois documentos fundamentais para organizar o sistema de atenção à saúde no Brasil: os princípios inscritos na Constituição de 1988 e os documentos (dois) que correspondem à formulação da Lei Orgânica da Saúde e seu texto complementar, configurando as bases mais gerais de estruturação do SUS.

Os tempos heroicos da saúde pública passaram por alguns personagens que fizeram a história deste campo no Brasil, quando o país padecia de episódios frequentes de epidemias. A singularidade do modelo de atenção médica para as massas urbanas mais organizadas foi estruturada a partir de sua aderência a um conjunto de *welfare* corporativo que reunia a atenção dos problemas de relações de trabalho – o núcleo da ação sindical que organizou a previdência em seus primeiros moldes – e, a assistência médica para os associados – as CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões – com origem nos setores de empregados urbanos vinculados a setores estatais como portos, ferrovias. O modelo foi sendo transformado ao longo de várias décadas a partir dos institutos IAPs que se tornaram o recurso que reunia atenção médica e previdência. Cada um dos organismos operava sua responsabilidade institucional a partir de algumas prerrogativas – saúde pública no Ministério da Saúde e Atenção médico-hospitalar na Previdência Social⁹ - e agenda de atenção que variava com a capacidade de financiamento de cada corporação. O movimento a seguir (1966) consolidou o modelo que separava definitivamente a assistência médica, reunida com previdência e assistência social, da atenção à saúde pública que se manteve até a criação do SUS, no MS. O modelo em sua expansão trouxe, a par da ampliação da atenção médico-hospitalar para as massas urbanas (a princípio), foi revelando ser um

⁹ A escolha da nomenclatura genérica “Previdência Social” neste caso, tem mais a ver com a identificação de uma área abrangente de produção de bem público específico numa sociedade capitalista, do que com as nomenclaturas oficiais adotadas ao longo de sua história institucional.

sistema que ampliou maciçamente a atenção médica e o hospital passou a concentrar um volume de gastos, além das fraudes detectadas, que produziu uma sucessão de crises na atenção médico-previdenciária. A reforma sanitária se impunha como medida estratégica com vistas a reverter o custo crescente e incontrolável de insumos, sem falar do reduzido impacto sobre os níveis de saúde da população.

As sucessivas transformações institucionais no campo das políticas de saúde no Brasil colocaram para o país a necessidade urgente de reformulação profunda no sistema. Entre os eventos significativos que fizeram retumbar a fragilidade da condição de saúde dos brasileiros e a correspondente escassez dos recursos, está a epidemia de meningite meningocócica no início dos anos setenta, que escancarou a completa inexistência de uma vigilância territorial sobre os agravos e as formas e instrumentos para combatê-los, significando a incapacidade de atuação sanitária.

Barata (1988) descreve e analisa os modos como o governo militar brasileiro atuou sobre a epidemia, tornando-a um tópico censurado nas pautas jornalísticas¹⁰.

A ação pública no campo da saúde esteve por décadas divididas entre dois campos: um, o MS, cuidando de tarefas regulamentadoras com relação à salubridade, doenças infecciosas e imunização, enquanto a outra parte – a atenção médica curativa ambulatorial e hospitalar estava sob a responsabilidade da Previdência Social¹¹.

A institucionalidade dupla – ação pública sobre o tema da saúde representada por dois ministérios - apresentava-se muito gastadora e predatória dos recursos públicos, além de totalmente desarticulada em termos de ações. O diálogo interministerial era escasso ou improdutivo e os resultados praticamente nulos em termos dos efeitos sociais desejáveis.

¹⁰ Rita de Cássia Barradas Barata (1988) analisou o aparecimento da epidemia de doença meningocócica e sua disseminação na Cidade de São Paulo, SP (Brasil), na década de 70, destacando-se a progressão no tempo (mês de início do processo) e no espaço (subdistritos e distritos), em ambiente político autoritário que interferiu sistematicamente na divulgação da epidemia pela imprensa, sob a alegação de não produzir alarme social.

¹¹ O modelo de organização da prática médica implantado pela Previdência Social neste período, podemos dizer que é um modelo de prática curativa orientada para a capitalização do setor, tendo, como consequências: a) impossibilidade de atender à crescente demanda de serviços de saúde, em face do aumento dos custos dos serviços especializados, sofisticados e incorporadores de tecnologia importada; b) impossibilidade de controlar os custos da atenção médica previdenciária, já que o modelo é, em si mesmo, corruptor e corruptível; c) impossibilidade de atender aos requisitos básicos do planejamento e racionalização das ações de saúde, já que a competição entre os interesses privados leva à concentração dos serviços, superposição, descoordenação e ineficácia (TEIXEIRA, 1985 p. 52).

Nesse campo institucional bipartido, a fatia mais visível sobre a saúde pública estava nas mãos das Secretarias Estaduais de Saúde, que atuavam com grande margem de autonomia com relação ao Ministério da Saúde, cada uma estruturando seus programas regionais e buscando dar conta das condições sanitárias dos estados, onde a imunização – principalmente a partir dos anos setenta – passa a configurar um ponto sensível no conjunto das ações.

O movimento pela reforma sanitária brasileira nasceu sob o signo da vontade política de grupos sociais variados – academia, funcionários públicos, trabalhadores, setores de comunidades rurais e urbanas, partidos políticos (legais e clandestinos) ainda no período do governo militar.

Sua extensão e compromissos assumidos atravessaram o período autoritário e chegaram à democracia de forma organizada e com pautas extensas de reivindicação afirmadas na 8ª. Conferência Nacional de Saúde em 1986. Seu Relatório Final sinaliza para um conjunto de teses a serem considerados como pontos fortes para o debate e o esforço contínuo de reorganização do sistema de saúde e sua implementação, visando reestruturar a saúde pública no país.

O SUS hoje é um produto institucional desta mobilização social ampla que se projetou, após a Constituinte de 1988, a partir de um conjunto de acordos e regras que permitiram organizar o campo de disputas sobre o modelo sanitário a seguir.

O movimento da Reforma Sanitária sempre pensou na redefinição do eixo de atenção à saúde, projeto ambicioso que foi tomando forma nos anos noventa, a partir da constituição do SUS como sistema único. Esta redefinição passou por várias experiências locais, assim como por vários projetos nacionais onde se pode destacar a experiência de Montes Claros (MG), o movimento da Zona Leste de São Paulo, entre outros. Em cada um deles, se afirmava modelos de organização popular em torno dos temas da saúde, criando pautas prioritárias de cuidados – crianças, mulheres, idosos, trabalhadores -, buscando dar conta de aspectos preventivos que eram quase esquecidos pelas formas tradicionais de lidar com saúde.

Os movimentos em saúde e, a criação de uma instituição com base acadêmica, mas com conexões múltiplas com o tecido social rural e urbano – a ABRASCO¹² - permitiram o crescimento de uma produção intelectual e científica sobre saúde que

¹² Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

permitiu ampliar o pensamento nesta área e, através das publicações de dissertações, teses, revistas, boletins, Congressos, ampliar e consolidar ideias que fertilizaram através das mudanças sensíveis de compreender o papel das instituições de saúde e suas responsabilidades públicas.

O SUS se organiza e funciona de acordo com a versão federalista do Estado brasileiro, onde cada um dos níveis federativos tem fixados seus níveis de responsabilidade e formas de atuação. Os municípios brasileiros em suas inserções jurídico-institucionais junto ao SUS representam os nós decisivos de operacionalidade do sistema, a partir das transferências diretas dos recursos entre nível nacional e nível local. As Secretarias dos estados foram transformadas em organismos técnicos e burocráticos que dão conta dos processos de regionalização nos estados, mas com responsabilidade estratégica cuja autonomia reduzida, se comparada com o modelo anterior ao SUS, representa um esvaziamento do papel institucional que os estados detinham. Assim, o exercício das funções operacionais no território estadual, se torna um exercício de governança administrativa, sem que os escalões mais elevados da gestão sanitária em cada estado representem autonomia do gerenciamento da máquina pública, devido ao escasso poder de decisão.

3.1 O significado da ação atual da Secretaria da Saúde no RS e os desdobramentos das ações de saúde e o ESF

Os sucessivos governos estaduais após a Reforma Sanitária passaram a atores coadjuvantes no organograma da saúde no Brasil. O protagonismo e nível de autonomia foram reduzidos em comparação com o modelo pré - SUS, por fato da concentração de poderes estratégicos e normativos no âmbito do Governo Federal.

Nesse sentido, a atuação dos vários secretários e equipes tem sido discreta e o nível de tomadas de decisão no estado reflete a falta de novidades na gestão de cada período¹³.

¹³ A Saúde do Estado formula suas Políticas Públicas, a partir do enfoque nas necessidades dos usuários por ciclos vitais (faixas-etárias), etnias, gênero, orientação sexual, situação social, incluindo ainda, as políticas transversais, importantes para toda a população. Portanto, essas políticas compõem o conjunto da Rede Chimarrão – Rede Integral de Saúde do RS, planejada para operacionalizar as **Políticas de Saúde**, que prevê o atendimento continuado em **Linhas de Cuidado, traçando a trajetória do usuário do SUS por outros níveis do sistema, que forem necessários,**

Alguns programas conectados a iniciativas de cada governo revelam iniciativas precárias e de alcance limitado.

As iniciativas mais relevantes são originadas a partir do Ministério que regulamenta o conjunto das ações e as regula através de uma copiosa produção de portarias normativas.

A seguir os projetos existentes e desenvolvidos pela Secretaria da Saúde do RS, 2011 atualmente, são:

- O Programa Primeira Infância Melhor (PIM), implantado em 7 de abril de 2003, constituindo-se numa política pioneira no Rio Grande do Sul. Tem como objetivo, estimular o desenvolvimento integral da criança na fase dos zero aos seis anos de idade, sendo que nos últimos anos, é a etapa fundamental para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano.
- Programa SAMU/RS, iniciado em setembro de 2003, constituindo-se em um componente móvel de urgência para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU-192. Esse programa de atendimento móvel foi desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro a região de abrangência, todo enfermo, ferido ou paciente em situação de urgência ou emergência, transportando-os com segurança, acompanhados por profissionais da saúde, até ao hospital.
- Programa Viva a Criança, constituindo-se em uma estratégia para a redução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. A Secretaria Estadual de Saúde vem somando esforços no sentido de estimular a integração entre diversas instituições para a redução da mortalidade infantil. Na última década, a partir de 1997, o Coeficiente de Mortalidade Infantil apresenta índices estagnados em patamares elevados, com o registro de 17 óbitos em 100 nascidos vivos no ano de 2003, indicador não compatível com a oferta de serviços, com o

como consultas especializadas, exames e até internações e cirurgias, baseada assim, na Política de Humanização do SUS – e as Linhas de Cuidado.

Nessa perspectiva as iniciativas do governo atual e anteriores, deixaram como legado algumas políticas de saúde, entre elas podemos citar: **Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde das diversidades, Saúde Bucal, DST/Aids, Saúde da Pessoa com deficiência e Alimentação e Nutrição (SES/RS:2013).**

avanço tecnológico e com a qualidade de vida observada no Rio Grande do Sul. A redução do óbito de crianças menores de um ano se torna uma das prioridades do Governo Estadual, na qual esforços estão sendo somados para a formação de equipes de profissionais na área da saúde, que terão como responsabilidade o enfrentamento das situações vinculadas ao óbito infantil.

3.2 Perspectivas frente à implementação de políticas públicas da saúde em geral e, da HAS no Brasil, em face das mudanças demográficas e sanitárias

Nesse sub-capítulo a abordagem se divide em dois planos: um, o das condições de saúde da população brasileira, sob um ponto de vista geral e, a seguir, um segundo plano tendo como foco a prevalência da HAS, analisando as modificações ocorridas no âmbito da saúde coletiva, suas desigualdades e os principais fatores determinantes de risco epidemiológico. Desta forma, avalia-se o real papel do Estado na área da saúde, discutindo sua participação e financiamento das ações setoriais que possam promover medidas para o enfrentamento dos diversos problemas identificados nas populações.

Nas últimas décadas, pode-se caracterizar o perfil de saúde das populações através das intensas transformações ocorridas na vida econômica social do país, nas quais irão desencadear profundas mudanças nas condições de vida, repercutindo diretamente na saúde e na qualidade de vida da sociedade.

Segundo Barreto (1993) ao analisar os indicadores de saúde da população brasileira revela duas importantes questões: o crescente aumento na expectativa de vida das populações e redução dos indicadores de mortalidade e de doenças infecciosas. Essa melhora observada desde o início do século induz, claramente à ideia que importantes mudanças estão ocorrendo nos padrões de saúde da população.

O autor destaca que, para analisar os indicadores de mortalidade,

(...) é fundamental para a compreensão da dinâmica populacional. Uma redução intensa e rápida deste indicador influencia fortemente a estrutura demográfica, com aumento na esperança de vida e envelhecimento populacional. Estas mudanças, além do mais, conduzem a transformações

técnicas, financeiras e organizacionais nos serviços de saúde (BARRETO *et al.* 1993, p.129).

Portanto, ao verificar a situação sanitária existente no Brasil nesse período, algumas características revelam os seus limites – os baixos níveis de saúde existente no Brasil, as disparidades existentes entre as regiões, o aumento da violência e das doenças crônicas degenerativas (HAS), o envelhecimento populacional e a existência de um sistema assistencial de saúde ainda precário e deficiente, frente à demanda exigida pela população – são os determinantes que acabam dificultando a efetivação políticas assistenciais em saúde.

Nesse século, o país vem sofrendo intensas transformações em sua estrutura populacional, bem como em seus indicadores de morbi-mortalidade. Portanto segundo Bayer *et. al* (1982), ao analisar essas alterações ocorridas nos padrões de morbi-mortalidade, relata uma constante queda da taxa de natalidade, superando assim a queda verificada nas taxas de mortalidade. Esse fato tem provocado uma diminuição relativa nas taxas de crescimento populacional no país.

Essa relação indica uma forte redução das taxas de crescimento populacional, na qual pode ser justificada ao verificar um aumento da expectativa de vida ao nascer ultrapassando as cifras de 45,9 anos em 1950, para 66 anos em 1991, apontando para um processo de envelhecimento contínuo de indivíduos com idade superior a 60 anos [FIBGE (1992), WORLD BANK, (1993)].

Para uma melhor compreensão dos processos que desencadearam importantes mudanças na estrutura demográfica populacional do país, é necessário que se faça uma breve exposição das tendências no padrão de morbi-mortalidade para as doenças crônico-degenerativas, onde se destaca a HAS.

Com relação à HAS, importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, o MS estima uma prevalência de 10% para a população de acima de 20 anos de idade (BRASIL, 1988).

De acordo com Lessa (2001) a HAS é a morbidade mais frequente encontrada na população adulta e nos serviços de emergência no Brasil. Segundo a autora, a insuficiência cardíaca (IC) reapresenta o primeiro fator de risco cardiovascular, responsável pelo aumento hospitalizações no país.

Segundo o MS (2001), destaca na tabela abaixo, um importante indicador – apresentando as diversas taxas de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), no Brasil e no RS, durante o período de 2003 até 2010.

Tabela 1 - Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral, por Unidade da Federação, Brasil, 2003-2010 (preliminar)

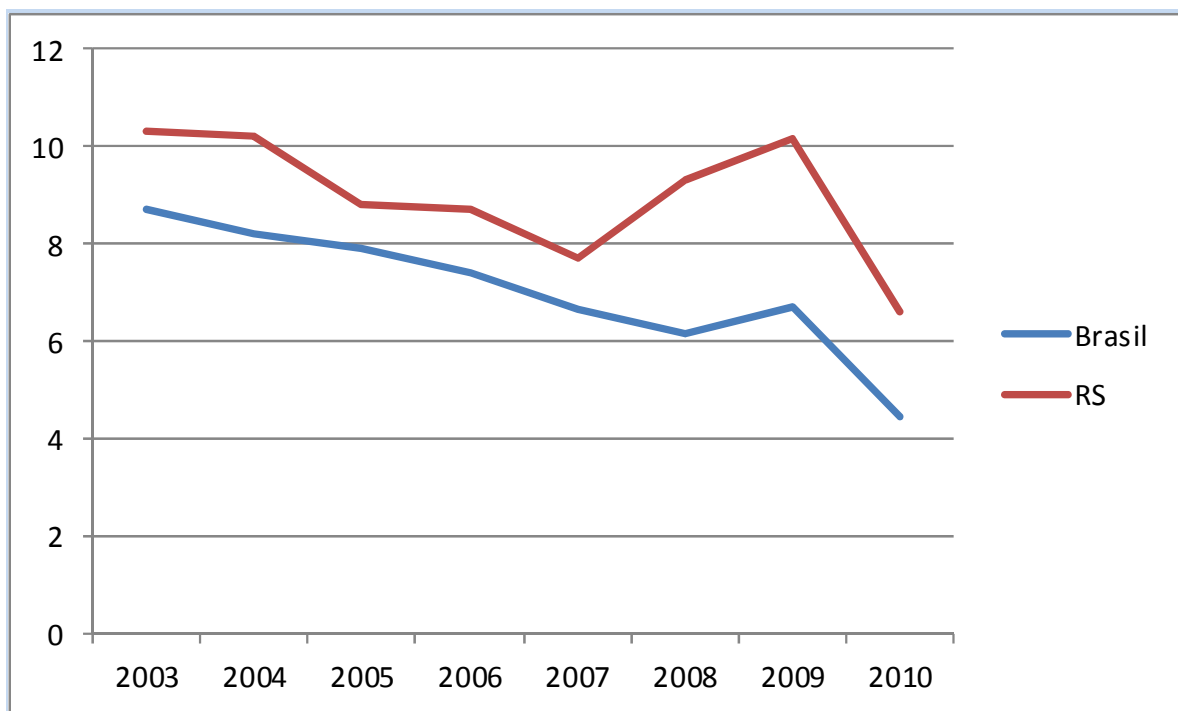
**UF	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	8,7	8,2	7,9	7,4	6,64	6,16	6,72	4,46
RS	10,3	10,2	8,8	8,7	7,71	9,33	10,17	6,6

* Dados de 2010 preliminares, até a competência agosto. Data de atualização da base de dados: 01/10/2010.

** Unidades da Federação

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS; Base Demográfica do IBGE.

Figura 1 - Taxa de Internações por AVC, por Unidade da Federação, Brasil e RS, 2003-2010 (preliminar)



* Dados de 2010 preliminares, até a competência agosto. Data de atualização da base de dados: 01/10/2010.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS; Base Demográfica do IBGE.

O estudo realizado por Lessa (2001), em revisão da literatura nacional sobre a epidemiologia da HAS, revelou que a maioria dos estudos frente a esta patologia está concentrada nas regiões Sul e Sudeste, sendo que ao Norte, pouca informação com base populacional é identificada.

Segundo a autora,

(...) as prevalências da HA são, na maioria, acima dos 25%, predominando no sexo masculino, e os principais fatores de risco não diferem dos de outros países. A epidemiologia da IC é desconhecida no Brasil; e os dados oficiais sobre hospitalizações refletem parte da morbidade e referem-se aos

2/3 da população atendida pelo SUS (70%), estimando-se que 58 milhões dela sejam adultos \geq 20 anos (LESSA, 2001, p.383).

Para a obtenção das principais informações de base hospitalar, existe o Sistema de Informações Hospitalares (Ministério da Saúde/DATASUS), que tem como objetivo registrar o número de internações efetuadas na rede pública e privada do país desde 1984. Esse sistema assume uma importante fonte de informação sobre as causas e tendências dessas internações, nas quais servirão como suporte fundamental para análise dos indicadores de morbidade e mortalidade da população brasileira.

Segundo Buss (2003), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) têm como objetivo transcrever todos os atendimentos provenientes de internações e informações destinadas às unidades financiadas pelo SUS, na qual corresponde a 75% do total das internações no Brasil. Portanto, segundo o autor, a distribuição da rede hospitalar no país não é homogênea, apresentando no ano de 1989 regiões sem cobertura pelas unidades hospitalares.

De acordo com Barros *et al.* (1996), as doenças cardiovasculares, por sua vez, representava a primeira causa de óbito para todas as regiões, já em 1981. Entretanto, em 1989 este grupo era responsável por 33,2% e 32,5% dos óbitos nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente, enquanto que região Nordeste representava 17% dos óbitos.

Com relação à prevalência de HAS, nota-se que ela constitui-se numa das doenças mais presentes no mundo moderno atingindo grande parte da população brasileira. Essa realidade resultará em graves complicações se não for tratada e controlada adequadamente pelos gestores e profissionais da saúde. Nesse aspecto a HAS assume uma posição de destaque no planejamento e no desenvolvimento de ações em saúde, merecendo assim grande relevância em todos os níveis de atenção à saúde.

Os dados fornecidos no III Consenso de Hipertensão Arterial (1998) estimava-se que o número de portadores de HAS no Brasil era de 16 a 18 milhões de pessoas, correspondendo a 15-20% da população adulta, podendo chegar a 50% em idosos. A HAS atinge um maior número de pessoas do sexo masculino até 45-50 anos de idade, sendo que a partir desta faixa etária a prevalência torna-se maior em mulheres. Outro aspecto importante a ser relatado é que a prevalência da HAS

também é maior entre negros e pessoas que apresenta alguma história familiar de hipertensão.

Ao analisar a HAS sob a ótica do número crescente de pessoas atingidas por essa patologia, torna-se clara a gravidade do problema, repercutindo intensamente em todos os níveis de atenção a saúde.

Após uma breve análise dos indicadores de morbi-mortalidade da população brasileira apresentados acima, cabe nesse momento discutir as prioridades das políticas públicas em saúde no Brasil para o enfrentamento dos indicadores de desigualdade em saúde¹⁴.

Os profissionais da área da saúde, como também os gestores públicos ao longo dos anos tem se confrontado com as desigualdades econômicas e sociais existentes nos diversos níveis de saúde da população.

Essa realidade pode ser observada no momento em que se avalia a relação existente entre desigualdade social e saúde no Brasil. Entretanto nos países emergentes, como é o caso do Brasil, as desigualdades evidenciadas não somente na renda como também nas condições de vida das populações, adquirem diferentes formatos e significados, influenciando de forma significativa na elaboração de planos e estratégias para sua resolução.

Para uma melhor compreensão desta relação, deve-se primeiramente distinguir os conceitos de equidade em saúde e no consumo de saúde, como também o conceito de equidade vertical e horizontal.

Segundo Neri e Soares (2002) a equidade¹⁵ em saúde avalia as chances em que populações com características diferentes adquirirem morbidade e mortalidade, enquanto o consumo ou o próprio uso dos serviços de saúde analisa as diferentes formas em que a população possa acessar os serviços de saúde.

Já a equidade horizontal defende a ideia em que pessoas com as mesmas carências e necessidades em saúde, deviriam ser atendidas de forma igualitária e integral, enquanto a equidade vertical baseia-se no tratamento diferenciado e individualizado para cada indivíduo (NERI e SOARES, 2002).

¹⁴ Segundo Castellanos (1997), considera que as desigualdades em saúde são as desigualdades redutíveis, desnecessárias e vinculadas às condições heterogêneas de vida.

¹⁵ O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes (VIANA *et al.* 2001).

De acordo com West e Culles (1979) ao analisar o conceito de equidade horizontal, salienta que este quando relacionadas à área da saúde, apresenta fragilidades em sua estrutura conceitual, ou seja, dificilmente serão encontrados pacientes com históricos médicos iguais. Sendo assim o autor relata que sempre será mais equitativo melhorar os cuidados dos pacientes que apresentam uma maior vulnerabilidade.

Na constituição de 1988 a questão da equidade em saúde foi pela primeira vez tratada de forma mais ampla e abrangente, considerando a saúde como:

direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CRFB, 1998).

Portanto essa questão de equidade garantiu à universalidade da cobertura e do atendimento as populações, com o objetivo de promover iguais oportunidades de acesso aos serviços de saúde para indivíduos portadores das mesmas necessidades.

Segundo Neri e Soares (2002, p. 78), destaca que:

(...) a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário.

Nessa perspectiva segundo Travassos *et al.* (2000) realizou uma pesquisa avaliando três extratos de rendimento de indivíduos e suas chances em utilizarem os serviços de saúde. Os autores utilizaram os dados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV/IBGE, 1997/1997) e ao analisar, concluíram que a desigualdade social esta presente durante a distribuição dos atendimentos e cuidado médico, favorecendo na maioria das vezes pessoas com um maior rendimento financeiro. Outro aspecto observado nesta pesquisa e que influenciou diretamente nas chances dos indivíduos procurarem os serviços de saúde foram às características como ser branco, possuir um maior nível de escolaridade, ser assalariado com carteira ou empregador.

Outros estudos desenvolvidos na área da saúde frente ao acesso e utilização de seus serviços pela população, concluíram que existe desigualdade entre diferentes classes socioeconômicas. Essas desigualdades refletem num maior

favorecimento e benefício as camadas de maior renda e nível de instrução formal da população (CAMPINO *et al.* 1999).

Segundo Acheson (1998) ao analisar essas desigualdades, relata a importante missão do governo em identificar as prioridades de atuação, visando estratégias que busque maior adesão e equidade em saúde.

Nessa perspectiva torna-se uma obrigação do Estado durante a construção de estratégias em saúde, investigarem as diversas evidências e magnitude das desigualdades sociais, analisando seu impacto nos diversos níveis de saúde das populações e com isso subsidiar estratégias governamentais mais efetivas, que venha beneficiar áreas mais carentes de informação em saúde, definindo linhas prioritárias de atuação. Portanto é através desta sistematização no desenvolvimento de estratégias em saúde, que tornará possível diferenciar áreas territoriais, auxiliando gestores a estabelecerem critérios de alocação de recursos financeiros que possam priorizar políticas igualitárias em diferentes áreas do território (DRACHLE *et al.* 2003).

Referente à distribuição de recursos financeiros preconizada na legislação que normatiza o SUS, deverão atender os seguintes critérios: o perfil demográfico, as características qualitativas e quantitativas dos serviços prestados, os diferentes níveis de participação do setor saúde nos orçamentos, o perfil epidemiológico da população, o desempenho técnico-econômico financeiro no período anterior, previsão de plano quinquenal de investimentos na rede de serviços em saúde e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

Portanto é através dessas propostas metodológicas preconizadas na legislação torna-se possível um planejamento de ações que privilegiem todos os recursos disponíveis (financeiro, humanos e físicos), como também as classes de menor renda e desta forma melhorar a saúde de toda a população. Contudo a promoção da equidade é determinada pelo efeito desencadeado em grupos mais afetados pelas desigualdades em saúde onde suas estratégias deverão focalizar os determinantes sociais das desigualdades em saúde.

3.3 A saúde territorializada

O conhecimento apurado dos problemas, das aptidões e potencialidades do território, das regiões, bem como também durante os processos de regionalização, foram sofrendo depreciações ao longo do tempo, devido ao fato das políticas regionais terem um papel centralizado e subordinado aos interesses da administração central. A mudança começa a se tornar mais evidente e efetiva quando a administração local passa a ser considerada como centro de decisões, com mais autonomia, podendo desta maneira afirmar seus planos estratégicos, permitindo assim uma maior reflexão e ação para com o desenvolvimento territorial e regional.

Segundo Raffestin (1993), a primeira diferenciação conceitual se refere ao espaço e ao território. Considera que o conceito de espaço é relacionado ao patrimônio natural existente numa região definida. Por outro lado, o território é definido como sendo uma dimensão do espaço habitado, usado e produzido pela prática social. É visto como sendo um limite geográfico com espaços definidos, os quais irão se desenvolver ações sociais coletivas encetadas por diferentes indivíduos, processos estes fundamentais para a construção da organização social e de identidade. Portanto, o território representa também um jogo de poder, desenvolvido em um determinado espaço, em relação ao qual se define uma identidade.

A maneira como um espaço é apropriado e utilizado por determinada sociedade é entendida como processo de territorialização. Este processo dinâmico implica em expressão espacial das políticas econômicas, sociais, culturais e ecológicas da sociedade. Quando este território passa a ser organizado politicamente, diz-se que ocorre o 'ordenamento territorial', processo que pode ser compreendido como uma técnica administrativa e uma política concebida com enfoque multidisciplinar e global, objetivando o desenvolvimento equilibrado das regiões e a organização física do espaço. Esse ordenamento de que dispõe é reflexo, não somente das relações entre os diferentes grupos e indivíduos que a compõem, mas também das relações econômicas desta sociedade, organizadas segundo padrões de trocas vigentes em determinado período de tempo e/ou determinado local no espaço.

Isso se dá porque uma sociedade faz mais do que ocupar um território, ela o produz na medida em que projeta sobre ele significados que são necessariamente resultantes de processos complexos. A noção de território atualiza a problemática entre natureza e sociedade, pois ao se organizar territorialmente, cada sociedade cria seus próprios padrões de ocupação e uso dos recursos e espaços que, mesmo quando resultantes das ações transformadoras do homem, lhe parecem como dados (GONÇALVES, 2002).

Com base nas ideias expostas por Carlos Walter Porto Gonçalves (2002), pode-se afirmar que a organização territorial de uma sociedade remete a duas dimensões da reprodução social: a primeira, as relações sociais e a segunda, as relações entre sociedade e natureza, sendo nessa última gerada pelas práticas sociais vigentes.

Após conceituar território, observa-se que, os processos e os meios de produção socialmente adotados revelam maneiras bastante distintas de apropriação. É nesse sentido que a categoria território se torna pertinente, analisar e verificar suas relações sociais produzidas pela sociedade moderna, bem como sua apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde.

Ao relacionar a saúde com o território, salienta-se algumas importantes contribuições de Milton Santos ao abordar a importância do território na construção de estratégias para o enfrentamento de doenças infecciosas e crônicas degenerativas.

A influência de Milton Santos na saúde pública brasileira, nas últimas décadas, pode ser contextualizada e entendida por intermédio de dois princípios básicos. O primeiro seria caracterizado pela fragilidade explícita na ciência epidemiológica em entender os processos desencadeadores e evolutivos da saúde-doença, decorrentes da própria globalização e urbanização das cidades. Com o passar dos anos essa realidade se agravou, decorrente da ciência epidemiológica não conseguir superar os obstáculos impostos pelo modelo positivista e reducionista hegemônico do século XIX.

Portanto o segundo aspecto que alavancou a obra de Milton Santos nas pesquisas em saúde pública foi à tentativa de renovação do pensamento geográfico naquela época. Essa nova perspectiva teve como finalidade, superar uma visão de espaço unicamente física e entendê-la em sua dimensão social através da articulação das diversas relações vigentes na dinâmica das sociedades e assim

pensar a doença enquanto processo de mudança real da estrutura espacial (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Segundo Silva (1985), relata que através da relação existente entre saúde e espaço, a Epidemiologia pôde pensar essas categorias através de fatores econômicos, sociais, políticos e culturais. Nesse sentido observa-se que o espaço é o resultado de todas as relações sociais existentes entre as várias modalidades de coletivos cujas características interferem na produção da saúde ou da doença.

De acordo com Costa e Teixeira (1999, p. 275) ao analisar o espaço e sua representação frente à epidemiologia, entende como sendo:

O espaço geográfico apresenta-se para a epidemiologia como uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença na coletividade

Portanto, ao analisar o espaço como sendo o palco das relações sociais, se torna indispensável pensá-lo além de seus limites. Nessa perspectiva, o seu papel central, segundo Santos, gira em torno das diferentes formas que o território possa assumir como resposta, por exemplo, a questão dos fluxos migratórios, desencadeando assim novos contornos e significados (CZERESNIA E RIBEIRO, 2000). Nesse sentido, a dinâmica territorial se revela uma dimensão necessária e organizadora de uma prática epidemiológica consequente, na medida em que os fluxos demográficos, econômicos, de intervenção nas formas de propriedade, entre outros, interferem decisivamente na realidade epidemiológica, exigindo uma vigilância epidemiológica atuante e sinalizadora para as mudanças.

4 OS PONTOS CENTRAIS QUE DEFINEM A ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM SUA ORIGEM

Para uma melhor compreensão dos processos formuladores das políticas públicas em saúde no Brasil, deve-se resgatar sua história e com isso, entender os movimentos participativos que ocorreram no âmbito da Reforma Sanitária e que influenciaram na construção e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O direito a saúde é consolidado na atualidade como sendo parte dos direitos humanos promulgada na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, marco histórico dos direitos civis na Revolução Francesa¹⁶.

Esse é um direito que se estrutura além do reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas também do bem estar completo, adquiridos pela articulação das diferentes variáveis que interferem nas condições de vida do ser humano, entre elas cita-se: a condição biológica, social e cultural, elementos defendidos pela Organização Mundial da Saúde – OMS¹⁷.

O reconhecimento da saúde como sendo um bem indispensável, coletivo e de direito a todo cidadão, ao longo dos anos foi assumindo novos contornos e configuração, através de movimentos que possibilitaram refletir sobre as condições de saúde atual da época. Portanto esse direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantia de acesso universal e de qualidade, promoveu profundas mudanças na estrutura do setor, bem como na forma de avaliar a questão de saúde da população, rompendo-se definitivamente do modelo flexneriano incorporado no início do século XX, na qual restringia a saúde ao diagnóstico da doença (MS, 2006).

Nessa perspectiva a saúde assume um novo papel frente à sociedade, rompendo a barreira das desigualdades sociais, através da articulação de novos saberes e pela transformação dos atores que antes eram passivos em sujeitos ativos nas tomadas de decisões.

Portanto, é por intermédio desse eixo de lutas pela participação social, que se abrem novos espaços públicos e novas ideias em torno da saúde pública, repondo assim a questão da saúde fora de um contexto unicamente médico e privado.

¹⁶ Durante a Revolução Francesa, sob pressão popular a Assembléia Nacional sancionou em 1789 as leis que extinguiram o antigo regime, aprovando a “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão”.

¹⁷ Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948).

Entanto a priorização da atenção primária e o reconhecimento da saúde como direito o cidadão e dever do Estado implicavam em posições mais realistas e efetivas (MS, 2006).

Pois é nesse contexto que surge o movimento da reforma sanitária brasileira que posteriormente desaguou na implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, onde seus princípios e suas diretrizes eram definidos através da articulação entre quatro categorias: a integralidade, a universalidade, a equidade e a intersetorialidade (PAIM, 1985).

No entanto, muitas diretrizes que foram abordadas anteriormente ainda não contemplam um modelo assistencial satisfatório, mas ao contrário disso, volta-se prioritariamente para as ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque objetivista não compreende as dimensões socioeconômicas e culturais presente nos processos de adoecer do ser humano (SESAB, 1996).

Nesse aspecto, a crise desse modelo no âmbito da saúde coletiva, resulta na necessidade de construção de um sistema de saúde democrático, universal e igualitário, que possa ultrapassar a lógica de uma reforma estritamente setorial, para uma lógica mais ampla e transformadora da sociedade brasileira.

Segundo Pinheiro e Luz (2003) relata em seus estudos que as ações sociais e suas práticas assistenciais cotidianas de serviços, tem se mostrado relevante para uma análise crítica dos processos de trabalho desenvolvidos na saúde. Essa reflexão se torna pertinente e necessária para a produção de novos conhecimentos e práticas que sejam consoantes com as diretrizes apresentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de construção do SUS foi marcado pela elaboração de instrumentos legais e normativos com objetivos bem definidos, no sentido de racionalizar as formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, tornando-os setores autônomos frente à conjuntura política e administrativa do Estado (TEIXEIRA *et al.* 1998).

O SUS, aprovado pela Constituição Brasileira de 1988 e regulamentada pela Lei 8.080/1990, tornou-se um arranjo organizacional do Estado, onde suas diretrizes e seus princípios consistiam na universalidade, na integralidade, na equidade, na descentralização e na participação popular. Já os princípios operacionais como

acessibilidade e resolutividade, serviam como dores de monitoração e avaliação da atenção prestada à saúde.

Esses princípios defendidos pelo SUS auxiliariam na efetivação das políticas de saúde no Brasil, constituindo-se na articulação de um conjunto de serviços junto aos existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional. Essa articulação entre os níveis federados passa a organizar os fluxos próprios do gigantesco espaço de atuação da política brasileira de saúde, definindo os *loci* específicos das múltiplas formas de gestão que o sistema exige.

Portanto, a implantação do SUS, tem-se apresentado como um grande desafio que os gestores, profissionais da saúde e a sociedade terão que enfrentar. Ao longo de sua trajetória, este sistema vivenciou diferentes aspectos e cenários de sua construção, nesse contexto, a busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático, e se torna fundamental no esforço de responder as necessidades de uma forma mais concreta.

O PSF representa um exemplo desta busca, apresentando-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção básica, a partir de ações ligadas aos princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e atenção prioritária a grupos populacionais com maior risco de adoecer (TRAD e BASTOS,1998).

5 O SIGNIFICADO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COMO MEIO DE SUPERAÇÃO DA CENTRALIDADE DO MODELO MÉDICO-CURATIVO COM FOCO NO HOSPITAL

O PSF foi criado pelo MS em 1994, constituindo-se num programa de renovação do SUS, recebendo a missão de ser o eixo principal na reorganização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil. Entretanto a partir de 1998, com a transferência dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) para os fundos municipais de saúde, iniciou-se a implantação das equipes de saúde da família (FAVORETO e CAMARGO Jr, 2002).

Portanto esse programa insere-se no escopo das políticas públicas de saúde, integrando tanto os aspectos relativos a modelos e práticas assistenciais, como também processos de trabalho e formação de recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O PSF estrutura-se em uma unidade de saúde formada por uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde irão promover e desenvolver determinadas ações. Essas ações deverão integrar uma rede de serviços, necessários para o aprimoramento desses processos de atenção básica aos indivíduos e as famílias, e desta forma, atender as necessidades de saúde individuais e coletivas da sociedade (MS, 1997).

Portanto, além disso, o programa atua através de visitas domiciliares, acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados e a partir daí o fornecimento de medicamentos para o seu tratamento. Esses procedimentos são estruturados e organizados da seguinte forma: área de abrangência com adstrição da clientela (oitocentas a mil famílias por equipe); equipe multiprofissional (no mínimo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários); ação preventiva e de promoção à saúde, priorizando áreas com maior prevalência e risco de doenças com ênfase nas ações programáticas, que tem como objetivo reduzir a demanda sobre centros de saúde e hospitais. A participação da comunidade, bem como sua adesão são pontos fundamentais a serem aderidos e implementados nas estratégias do programa, nas quais são subordinados pelos Conselhos Municipais de Saúde (MS, 1994).

Tomando como base os princípios operacionais do PSF salientados anteriormente, pode-se considerar esse programa como uma estratégia importante

na transformação do atual modelo assistencial. Porém para Goulart (1990) essas mudanças deverão contemplar tanto a esfera política como seus componentes técnicos, onde a sua base é construída pela interação e participação da comunidade para o enfrentamento dos diversos problemas de saúde.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde¹⁸ promulgada em 1990, consta que a assistência à saúde coberta pelo SUS, deve abranger tanto as ações assistenciais e curativas, como também atividades promotoras de saúde e qualidade de vida e com isso prevenir o surgimento de doenças (CARVALHO e SANTOS, 2002).

Por intermédio desta lei, Mattos (2001) entende como sendo um dos principais princípios norteadores da integralidade, que no campo da saúde, vem apresentando diversos sentidos e significados, convergindo assim na luta contra o reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos.

A integralidade é reconhecida como uma nova forma de assimilar as práticas em saúde, caracterizando-se na união de suas ações tanto preventivas como assistenciais num mesmo eixo de atuação. Nesta ótica os usuários do SUS não precisam dirigir-se as unidades de saúde, o PSF assume a responsabilidade em atender mediante as visitas domiciliares pelas equipes de saúde a clientela adscrita para o seu diagnóstico e tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1990) define integralidade como sendo:

o reconhecimento, na prática dos serviços, de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Ao adotar a integralidade como uma estratégia do PSF, cabe-se destacar a sua relevância frente às necessidades reais das populações assistidas. Essa assimilação repercute na identificação dos principais problemas de saúde a serem enfrentados pelos profissionais da área de saúde, evitando desta forma um

¹⁸ A Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990 regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente a da outras providências.

tratamento fragmentado, reducionista e individualista presente nas abordagens anteriores, na qual focalizava o sujeito somente na doença, de forma objetiva, sem compreender o mesmo em sua totalidade. Nesse sentido, cita-se uma importante contribuição de Mattos (2001) que em seu texto relata que:

Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente (...). A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não são envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e /ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade (MATTOS, 2001, p.48-49).

De acordo com Vasconcelos (1999), destaca em seus estudos a importância da atenção básica como sendo um condicionante fundamental para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. No contexto do PSF, a educação em saúde assume uma configuração preventiva que deverá ser exercida pelos profissionais que compõem a equipe de saúde da família, no sentido de proporcionar uma assistência integral e contínua as famílias e junto com a comunidade enfrentar os determinantes do processo saúde doença.

A expansão do PSF no Brasil teve seu início através de incentivos financeiros aos municípios de pequeno a médio porte, sendo que a sua prioridade política era voltada para as áreas menos assistidas, representadas pelos pequenos municípios. A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde consistia na implementação do programa em municípios que apresentassem baixos indicadores sociais e de saúde, e dessa forma articulá-lo em conjunto com outras ações do governo.

O caminho percorrido pela implantação do PSF assume uma importante característica assistencial, determinando um formato técnico e operacional para as equipes de saúde. Portanto a inclusão de ações focalizadoras, permite que seu atendimento seja realizado com uma maior qualidade e resolutividade, promovendo assim uma cobertura efetiva em regiões que apresentam um grande “risco sanitário”.

O PSF desencadeou uma mudança radical no cenário da atenção à saúde no Brasil, entendido como uma proposta que visa à mudança do modelo assistencial hegemônico, através da descentralização da gestão de saúde, obteve profundas mudanças em termos de impacto sobre alguns indicadores de saúde, mostrando ser o principal eixo do processo de reorganização dos serviços básicos no SUS.

Inicialmente formulado como um programa de atenção a saúde, o PSF passa a ser definido e defendido a partir de 1997 como ESF¹⁹, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, diretrizes e implementação do PSF.

5.1 A relevância das ações Programáticas em saúde no contexto da ESF

As ações programáticas constituem diferentes formas de preparar um trabalho coletivo no serviço de saúde. Segundo Schraiber (1993), relata que a ação programática em saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária. Nessa perspectiva, nota-se que a base dessas ações, tem como ponto de partida a lógica de estruturação dos programas e seu real impacto sobre os indicadores de saúde.

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), ao realizar uma análise referente aos programas criados pelo Ministério da Saúde de acordo com as diretrizes preconizadas pelo modelo sanitário vigente, evidenciou a presença de certa racionalidade dos atores durante a intervenção em saúde. Isso possibilitou uma articulação conjunta de saberes e práticas médicas promovendo ações coletivas, operacionais e tecnológicas mais efetivas.

Compreender as práticas em saúde por intermédio de suas dimensões de trabalho permite-nos compreender melhor suas ações, como processo de intervenção técnica e social na realidade de saúde. O modelo de ações programática no Brasil foi instituído com a finalidade de possibilitar aos grupos de maior risco uma cobertura assistencial mais efetiva com uma perspectiva que vise à prevenção, a promoção e a recuperação desses grupos.

Porem, frequentemente essas práticas são analisadas unicamente em função dos serviços que produzem. Tratando-se de um processo de intervenção em determinadas realidades, suas ações frente essas realidades são vistas menos como o processo dessa intervenção e mais como o resultado que será produzido por esse processo (NEMES, 1993).

¹⁹ O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção básica e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização. Embora historicamente rotulada como programa, a Estratégia Saúde da Família, por intermédio de suas atribuições e especialidades, distancia-se da concepção adotada por outros programas do Ministério da Saúde, já que não se trata de uma intervenção verticalizada e paralela às atividades dos serviços de saúde.

O modelo de organização dos processos de trabalho na saúde desempenhada pelas equipes é desenvolvido através dessas ações programáticas, onde suas práticas estão diretamente voltadas à assistência integral e monitoramento constante das populações adcritas ao programa. No entanto, outros componentes de vigilância a saúde podem ser extraídos e incorporados em suas ações, como acolhimento e vínculo, sistema de informação destinada aos grupos com maior vulnerabilidade e reuniões com a comunidade para um planejamento conjunto das atividades a serem desempenhadas na região.

Nessa perspectiva se faz necessário um planejamento coerente com as necessidades reais das populações, resultando em uma ferramenta útil ligado as noções de território e aos problemas de saúde. Portanto essa prática pode apresentar algumas limitações no decorrer de seu desenvolvimento.

Esse entrave pode ser justificado pela exclusividade em utilizar a epidemiologia como fonte de análise para obtenção dos determinantes do processo saúde doença. Sendo assim, a subjetividade e individualidade dos usuários não são levadas em consideração durante a identificação dos problemas de saúde, sendo que muitas vezes a epidemiologia e a própria ação programática pode impedir o acesso do cidadão aos serviços de saúde (CAMPOS, 1997).

Entretanto, todos os processos de trabalho têm como prioridade a realização das diversas necessidades humanas, sendo que as necessidades que geram os processos de trabalho não são apenas de um sujeito, mas sim da interação entre os diversos atores envolvidos. Isso pode ser justificado pelo fato de que os seres humanos somente vivem e trabalham em sociedade.

Assim, as finalidades de todos os processos de trabalho satisfazem as necessidades geradas na dinâmica de uma dada sociedade, por isso se torna possível a qualificação de todas as necessidades sociais. Nesse aspecto, cada forma social de vida, produz diversos feixes de necessidade, sendo que os processos de trabalho estão diretamente vinculados a elas. As finalidades dos trabalhos são correspondentes a construção sociopolítica do modo social de viver, sendo que a produção que é gerada através do trabalho se torna uma expressão técnica da direção dessa construção (NEMES, 1993).

Conforme Mendes-Gonçalves (1994) relata que o saber operatório projeta o modo de organizar o trabalho, onde se realizam relações entre agente, entre seus instrumentos e seu objeto. Através desse raciocínio, o modo de organizar os

serviços em saúde não são tomados como modelos técnicos disponíveis a *priori* para serem ou não aplicados. Os saberes tecnológicos das diversas matrizes da Saúde Coletiva são gerados na articulação entre os processos de trabalho e a dinâmica da reprodução social permitindo assim, uma maior autonomia para os usuários e trabalhadores. Portanto é desta forma em que as ações programáticas são incorporadas como base tecnológica organizacional de enfrentamento e cuidado dos grupos vulneráveis a doenças.

6 AVALIAÇÃO E DIFUSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL (RS)

A avaliação de programas e políticas públicas desenvolvidas na área da saúde é uma medida essencial para que se possam ajustar os esforços desenvolvidos pelos gestores e profissionais da saúde na busca de melhores indicadores de saúde e de certa forma prevenir o desperdício de recurso público com a implementação de programas que sejam pouco eficazes.

Portanto ao avaliar os reais impactos das políticas de saúde à população, torna-se um ponto essencial reconhecer quais arranjos e peculiaridades existentes em cada território, os determinantes vinculados as políticas e serviços de saúde, como também a situação de saúde em que as populações estão vivendo (VIACAVA *et al.* 2004).

Desde a declaração de Alma-Ata em 1978, o Brasil implantou o SUS universalizando o acesso aos serviços de saúde e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como a principal estratégia a ser tomada para a sua efetivação.

Embora a composição da ABS no Brasil seja marcada por diversos problemas em sua estrutura física dificultando a efetivação das políticas e ações em saúde, a ESF tornou-se uma das alternativas para minimizar esses entraves apresentados nos diferentes níveis de atenção à saúde (MS, 2001). Implantado em 1994, o ESF iniciou em pequenos municípios do Nordeste, estendendo-se no mesmo ano para 54 outros municípios, alcançando posteriormente grandes centros urbanos do Brasil.

Introduzido primeiramente em Quixadá – Ceará o ESF, evidenciou resultados positivos durante as análises dos indicadores morbi-mortalidade e da assistência prestada pelos profissionais e gestores da saúde. Essa avaliação despertou um interesse maior do MS a introduzir a estratégia do PSF em São Paulo (SP) no ano de 1995 (SANTOS, 2001).

Portanto naquele ano o governo municipal estava viabilizando outra estratégia por intermédio das Cooperativas Médicas e do Plano de Assistência a Saúde (PAS), o MS desenvolveu uma parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina e o Governo Estadual da qual resultou o Projeto Qualidade Integral em Saúde – Projeto Qualis. No período de abril de 1996 a junho de 1999 o PSF, na cidade de São Paulo (SP) foi denominado de Qualis (SANTOS, 2001).

Porém foi através do Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)²⁰ que surge a iniciativa para a reestruturação das ABS por intermédio do PSF (MS, 2004).

A difusão da ESF teve uma maior abrangência nos grandes centros urbanos do Nordeste do que no Sul do Brasil, sendo que no ano de 2000, a totalidade de municípios estudados no Nordeste já utilizava os recursos disponibilizados pela ESF, sendo que no interior do Rio Grande do Sul (RS) a difusão do programa ocorreu recentemente estando associada de forma mais expressiva ao Proesf (VIANA *et al.* 2002).

A descentralização incorporada no SUS promoveu uma importante mudança na gestão desse setor. Esse novo perfil organizacional, caracterizada pela gestão plena do sistema municipal de saúde, foi maior no Nordeste atingindo 65% dos municípios, sendo que ao sul sua abrangência foi de 33% dos municípios (FACCHINI *et al.* 2006).

O autor também avaliou o crescimento da cobertura da ESF no período de 1999 a 2004, relatando que seu impacto foi maior no Nordeste do que no Sul. Os resultados concluíram que a cobertura da ESF teve um crescimento de 35% em aproximadamente 65% dos municípios nordestinos, enquanto ao Sul o crescimento na cobertura foi identificado em poucos municípios atingindo um percentual de 5%. Referente ao crescimento relativo do número de Equipes de Saúde da Família entre 2003 a 2004 foi maior no Sul do que no Nordeste atingindo percentuais de 44% e 22% respectivamente.

Ao analisar esses resultados, identifica-se que a ESF na região Sul necessita de uma forte expansão para alcançar uma cobertura populacional satisfatória preconizada pelo Proesf. Já no Nordeste é necessário consolidar esse aumento crescente da cobertura, perante as diversas dificuldades de trabalho existentes durante o desenvolvimento das atividades de saúde pelas equipes da ESF. Essa realidade representa um importante aspecto político a ser levado em consideração

²⁰ Esse projeto é uma iniciativa do Ministério da Saúde viabilizada a partir de um acordo de empréstimo com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), planejado para ser desenvolvido em três fases, mediante o cumprimento de metas e indicadores a que venha estabelecer condições de acesso aos investimentos para as fases subseqüentes. Esse acordo promoveu à transferência de recursos financeiros, a expansão da cobertura, a qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos 184 municípios com população superior a 100 mil habitantes que participaram da Fase I de todos os Estados e Distrito Federal (MS, 2004).

durante a elaboração de estratégias que possa promover ações mais efetivas e de maior qualidade para as populações adscritas ao programa.

Em abril de 2003, a ESF já estava implantada em 4.276 municípios brasileiros, dispondo um total de 17608 equipes de saúde da família, efetuando uma cobertura de 57.850.891 de pessoas. Esses dados refletem na importante difusão, interiorização dos profissionais de saúde e ampliação constante da cobertura através das ações programáticas em saúde (MS, 2003).

A ESF do mês de julho do ano de 1998 até junho de 2008 apresentou um crescimento favorável em seu território nacional, passando de 2.054 equipes implantadas para 28.452 correspondendo uma cobertura populacional inicial e atual de 4,4 e 48,24% respectivamente (BRASIL, 2008).

No Estado do Rio Grande do Sul, também identificar-se esse crescimento e expansão da ESF, que iniciou com 60 equipes implantadas e atualmente conta com 1.124, perfazendo uma cobertura populacional de 32.11% até junho de 2008 (BRASIL, 2008).

Portanto de acordo com os dados fornecidos pela Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), em dezembro de 2006 a cobertura da ESF era de 32%, havendo 79 equipes de saúde da Família em atividade, divididas entre 13 dos 22 municípios que compõem essa regional de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

As diferenças sensíveis no que se refere à implementação da ESF no país, considerando os territórios estaduais, são reveladas por alguns dados que dão medidas importantes do significado da atuação da Estratégia.

Os dados da Tabela 1 tornam claras as diferenças de impactos promovidos pelo ESF na saúde, segundo a cobertura em estados brasileiros selecionados. Segundo o MS (2011), a cobertura populacional da Saúde da Família/DAB/SAS/MS - Brasil e estados selecionados 2001-2010 apresenta o seguinte histórico:

Tabela 2 - Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, por Unidade da Federação, Brasil, 2001-2010 (preliminar)

Estados/anos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	4,9	8,6	12,2	17,4	24,5	28,0	28,8	32,6	34,5	36,6
RS	0,5	3,1	5,5	10,4	13,7	15,8	16,1	18,9	20,2	20,7
Paraíba	19,7	31,6	48,4	84,6	95,4	98,5	98,9	100,0	100,0	100,0
Piauí	24,0	33,5	47,7	67,6	86,0	91,0	93,6	99,7	100,0	100,0
R G Norte	17,2	24,1	36,6	54,9	81,2	84,2	83,6	87,2	91,3	95,2

*Dados de 2010 preliminares até a competência setembro.

Fonte: Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS

Por intermédio desses indicadores, será possível avaliar se a saúde bucal na ESF constitui-se como uma estratégia inovadora e orientadora da reorganização da atenção básica em saúde bucal, contribuindo assim, para o planejamento futuro, frente à implantação de novas equipes de saúde.

Portanto, esses indicadores também permitem acompanhar e avaliar as variações geográficas existentes na cobertura das equipes de saúde bucal no país e alertar os gestores em saúde sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção em saúde bucal na ESF, nos estados com ausência ou baixa cobertura da saúde bucal.

6.1 Formação e Desenvolvimento de Equipes em Saúde

Os caminhos percorridos pela implantação do SUS ao longo dos anos de seu funcionamento apresentaram diferentes experiências nos diversos cenários de sua construção, constituindo desta forma um grande desafio para os gestores e os profissionais de saúde.

Por intermédio da descentralização do processo de decisão e da própria municipalização possibilitaram uma melhor visualização dos reais problemas a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, constituindo-se assim em uma possibilidade de intervenção mais efetiva e coerente com realidade na qual a comunidade esta inserida.

Nessa perspectiva o ESF representa um exemplo claro desta busca, apontando possibilidades de adesão e mobilização das diversas forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Esse enfoque torna possível uma melhor integração e organização de suas estratégias e ações nos territórios definidos

propiciando o enfrentamento e a resolução dos diversos problemas identificados na população.

Nesse contexto torna-se relevante entender a dinâmica de trabalho adotado pelas equipes de saúde da família, sua relação com os distintos campos do conhecimento existente entre as diferentes áreas profissionais, e o estreito relacionamento existente entre os profissionais da equipe e as famílias adscritas a ESF.

A formação de uma equipe em saúde esta vinculada na forma de produção do trabalho desenvolvido em saúde. Esse amparo possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações preventivas, curativas e de reabilitação, contribuindo para a satisfação do usuário frente às necessidades de saúde (MERHY, 1997).

Portanto essa importante relação entre os profissionais da saúde e os pacientes proporciona certa autonomia e cidadania, aumentando desta forma sua participação durante a prestação de serviço. Entanto essa dinâmica constitui-se em um importante vínculo para estruturação dos serviços de saúde frente aos diversos níveis de assistência a serem prestadas (CAMPOS, 1997).

Essa assistência assume um compromisso integral a população adscrita ao programa, através de visitas domiciliares, monitoramento periódico, visando à identificação precoce das necessidades existentes e dos fatores de risco aos quais as comunidades estão expostas e assim intervir de forma apropriada.

Durante a assistência realizada pelas equipes de saúde, Carvalho e Campos (2000), identificam uma importante relação presente entre o acesso e o acolhimento da clientela a ESF. Porém, de acordo com o autor, o padrão de acolhida aos cidadãos usuários e trabalhadores, pode ser entendido como um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com a finalidade de escutar e resolver os problemas apresentados pelos pacientes. Esse amparo possibilita uma abertura acentuada dos serviços de saúde na região, favorecendo a construção de laços de confiança, compromisso e adesão dos usuários com as equipes e com os serviços de saúde.

Para Bueno e Merhy (2002), o acolhimento²¹ na saúde deve ser pensado através de um novo paradigma que considerem e valorizem o ser humano em sua totalidade, numa perspectiva inovadora, e que as individualidades e diversidades

²¹ Segundo Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir.

presentes nas diversas culturas sejam respeitadas, favorecendo cada vez mais a inclusão da sociedade aos programas de saúde e ao acesso a um controle clínico mais adequado e eficaz. Essas ações serão fundamentais para uma orientação mais efetiva na construção e no desenvolvimento da cidadania e da solidariedade, possibilitando assim avanços positivos na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores em defesa das políticas e diretrizes defendidas pelo SUS.

O acolhimento segundo Silva (1998) é entendido como sendo uma indispensável ferramenta de ligação entre a equipe de saúde e a população, na qual é definida como sendo a capacidade de solidariedade construída pelas equipes frente às demandas apresentadas pelos usuários, na qual irão determinar os laços de humanização.

Esse laço de humanização torna-se um elemento fundamental na construção de ações que visem o bem estar e satisfação dos atores envolvidos. Nessa perspectiva segundo Rockenbach (1985), descreve que para humanizar é necessária uma equipe humanizadora.

Humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde, humanizar as pessoas. Depende da atitude, da postura que temos, do modo como interagimos com o outro. O custo da humanidade é o tamanho da vontade de cada um (ZAMPIERE, 2001, p. 76).

Já Malta *et al.* (2000) analisa a implantação do acolhimento nos serviços de saúde, como uma possibilidade de mudança do processo de trabalho, com o intuito de atender a todos os indivíduos de forma satisfatória e integral, ultrapassando assim o atendimento humanizado.

Teixeira (2001) utiliza-se uma expressão um pouco divergente dos demais autores, trata-se do acolhimento-diálogo, que visa distinguir recepções dos demais momentos de permanência do usuário na unidade. Nestes momentos se torna possível observar uma sensibilização da equipe diante das carências e necessidades dos usuários, gerando desta forma um vínculo imprescindível para o seu retorno como uma forma de diminuição do sofrimento.

Diante as diversas reflexões sobre a implantação do acolhimento nas estratégias dos serviços de saúde, pode-se salientar sua importância nas organizações das unidades de saúde com responsabilidade territorial, da adscrição da clientela, do trabalho em equipe e da gestão participativa. Essa medida inerente a

qualquer programa de saúde proporciona a superação da prática tradicional hegemônica centrada na exclusividade curativa e biológica.

Entanto ao abordar o acolhimento como uma prática intrínseca ao exercício profissional de saúde, torna-se um elemento fundamental e necessário para uma boa relação entre profissionais e seus usuários. Porém esse vínculo favorecerá uma intervenção mais ampla e efetiva pelas equipes multiprofissionais aderidas ao programa, que junto com outras unidades de saúde, deverão planejar suas ações visando à realidade de vida das famílias atendidas, e desta forma alcançar uma boa resolutividade e garantia na continuidade da atenção para o enfrentamento dos problemas de saúde.

O processo de trabalho da Equipe saúde Família (ESF) apresenta peculiaridades relacionadas às questões de ordem mais geral relacionada anteriormente. Nesse argumento, redefinem-se permanentemente, na prática cotidiana, o objeto e o instrumento de trabalho da equipe de saúde que esta se formando. Porém ainda em processo de conformação, é necessária uma análise do perfil, das competências e das habilidades de seus integrantes, bem como um diagnóstico das dificuldades enfrentadas pelas equipes durante o processo de planejamento das atividades a serem desenvolvidas nas comunidades adscritas ao programa. Portanto avançando além destas premissas iniciais, uma equipe cuja composição básica esteja estabelecida temporariamente, poderá sofrer alterações no futuro ou adaptar-se no presente, conforme os ditames da realidade impostos pelos diferentes contextos sociais, econômicos e culturais existentes no Brasil.

6.2 O Agente Comunitário de Saúde (ACS): um elo mediador entre a comunidade e as Equipes de Saúde da Família

Por intermédio do movimento da reforma sanitária brasileira ocorrida em 1988, surgiu o SUS, como um modelo inovador de assistência médica – sanitária, com caráter universal, integral e acesso igualitário aos usuários desses serviços de saúde.

Portanto a partir de então, muitas transformações ocorreram na área da saúde brasileira, a descentralização das ações dos estados para os municípios foi uma delas, na qual determinaram os processos de municipalização na saúde nas cidades. Entanto todas as transformações ocorridas pelo novo modelo de atenção,

não foram suficientes para alterar a qualidade das ações em saúde, tornando-se necessário a busca de novos saberes e práticas coerentes com as diretrizes empregadas pelo SUS. Nesse sentido a busca de uma nova estratégia assistencial ganha mais força e relevância (COSTA e SILVA, 2004).

No ano de 1990, o MS investiu fortemente na universalização da atenção básica. Uma das iniciativas tomadas pelo ministério junto a Fundação Nacional de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, foi à criação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de combater os crescentes indicadores de morbimortalidade infantil e materna (MARQUES E MENDES, 2002). Portanto a implantação desse programa iniciou-se na região do nordeste, onde apresentava significativas experiências para a criação e consolidação do PACS (BRASIL, 1994).

Em 1994, surgiu o PSF tornando-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, centrado na doença e no atendimento médico individualizado. Consolidado nacionalmente como sendo um recurso facilitador ao acesso à saúde pelas famílias, a ESF é formada por uma equipe multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e seis ACS. Portanto cada ACS é responsável por uma microárea cuja população não deve ultrapassar 750 pessoas (BRASIL, 2006).

Os ACS²² constituem uma importante categoria com funções e atribuições específicas no sentido de promover um elo entre as equipes de saúde e a população adscrita à ESF. Essa interação facilitará o trabalho de vigilância desenvolvido pelas equipes e com a participação da comunidade agenciar ações educativas que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Segundo Cardoso e Nascimento (2007), os ACS ao serem inserido no cotidiano de trabalho na qual vivem, assume uma importante responsabilidade em facilitar a interconexão da população local e as equipes de saúde da família. Este estreito elo promovido pelos agentes traz consigo um leque de experiências adquiridas com a realidade do local, absorvendo valores, crenças, linguagem e insatisfações desse ambiente (BRAND *et al.* 2010).

²² A profissão de Agente Comunitário foi criada em termos de lei em 2002, sendo revogada em 2006 para uma nova estruturação e ajuste. Por intermédio da promulgação da Lei Nº 11.350 de 05 de outubro de 2006 os Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias passam a reger-se nesta lei regulamentando suas atividades (BARROS, 2010).

Nessa perspectiva Jardim e Lancman (2009), ao analisar a convivência dos ACS, com a realidade e praticas cotidianas de saúde do local, faz com que eles assumem mais do que uma identidade frente à comunidade. Os autores salientam que os ACS assumem uma postura de agente e sujeito da ação frente à comunidade.

Tal relação cria uma porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade, ou seja, o agente não possui o distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar, visto que acontecem nos mesmos espaços físicos e na relação com a mesma comunidade. Assim, a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico a esse trabalhador, podendo esse sofrimento se tornar patogênico (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Entanto para que o agente comunitário de saúde possa exercer suas atividades de forma eficiente, se faz necessário que o mesmo reside no território onde atua. Assim o mapeamento e o monitoramento dos principais problemas de saúde existentes nas populações, serão identificados e tratados de forma mais abrangente pelas equipes, melhorando a qualidade de vida e saúde da população de abrangência.

Perante essas atribuições citadas anteriormente, outras funções também são delegadas aos ACS: trabalhar com a população adscrita numa área geográfica definida, desenvolver atividades educativas de prevenção, promoção e vigilância a saúde, orientar as famílias a utilizar os recursos disponíveis pelo programa, manter a equipe informada sobre as situações de risco existente no local, acompanhar através de visitar domiciliar a evolução do trabalho desenvolvido nas famílias e comunidade (BRASIL, 2006; LANZONI e MEIRELLES, 2010).

Ao identificar as funções e ações desenvolvidas pelos ACS, várias pesquisas demonstram certa dificuldade dos agentes em cumprir com o seu dever. Isso se deve pela falta de infra-estrutura, alto grau de exigência e limitadas condições sócio econômica das famílias atendidas (GOMES *et al.* 2009).

Apesar das inúmeras dificuldades, limitações e péssimas condições de trabalho na qual os agentes estão sujeitos a enfrentar durante o exercício de suas atividades, a visita domiciliar torna-se o principal instrumento de trabalho desenvolvido e incorporado por eles (LIMA *et al.* 2010).

Portanto é durante a visita domiciliar em que os agentes avaliam as reais condições de saúde da população, percebendo suas carências e limitações. Essa ação assume uma posição indispensável aos ACS, na qual seu envolvimento com a

comunidade torna-se a principal estratégia estabelecida para o enfrentamento dos problemas de saúde bem como ao fortalecimento do acesso da população aos serviços de saúde.

6.3 A ESF como programa de ação territorial em saúde

Para entender o território e sua implicação frente à saúde pública, deve-se compreender sua relação com o processo saúde doença, discutindo seu uso pelo poder público no desenvolvimento de ações programáticas em saúde, seu processo de territorialização e sua relação com a ESF.

A concepção de espaço e território defendido por Milton Santos traz uma importante contribuição no sentido de entendê-lo como processo e produto das diferentes relações sociais desenvolvidas numa sociedade que antes era centrada somente na doença. O autor relata que a apropriação social do espaço forma diferentes tipos de territórios e territorialidades com relação à prevalência de doenças. Nesse sentido a maneira na qual o território é usado e vivido, refletirá na formação de diferentes recortes espacial, revelando assim as reais condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco e todos os determinantes de saúde existentes entre os grupos sociais.

Para uma melhor compreensão das diferentes formas em que o espaço possa assumir e suas ações o autor entende como sendo:

um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá... (SANTOS, 2004, p. 63).

O uso do território como um instrumento de trabalho para o poder público durante o desenvolvimento de ações programáticas em saúde se mostra pertinente, ao analisar seu alcance social em que os bens produzidos pela sociedade possam atingir e das investigações das realidades sociais existentes nesse espaço. O território como sendo o cenário das relações sociais torna-se uma ferramenta essencial na investigação dos diferentes processos de apropriação e dominação deste local, bem como sua relação com a saúde. Nesta perspectiva o planejamento de ações que possa diminuir os impactos e agravos dessa apropriação na vida das pessoas torna-se relevante.

Um exemplo disso seria o planejamento territorial urbano, quando bem articulado podem reduzir ou até mesmo evitar a produção de doenças. Essa melhora pode ser obtida através da fiscalização e do controle ocupacional em áreas impróprias para moradia, proporcionando condição ambientalmente saudável para essa população. Outra maneira de tornar mais eficaz a ação da saúde pública é o desenvolvimento de projetos e deliberando serviços que sejam condizentes com as realidades e necessidades existentes em cada território (SANTOS, 2003).

Para se obter resultados positivos durante o desenvolvimento de programas de saúde pública, precisa-se garantir uma excelente gestão territorial. Esta gestão deverá abranger diversos níveis da atenção básica e suas ações deverão contemplar tanto a saúde, como a educação e o saneamento básico. Desta forma, a necessidade de um trabalho coeso e unido junto às equipes de saúde torna-se uma estratégia fundamental para o enfrentamento e resolução dos diversos problemas apresentados entre os grupos sociais.

Nessa perspectiva a ESF representa um dos principais referenciais da Atenção Básica no Brasil. Através da adscrição da clientela ao programa, tem possibilitado um debate sobre o conceito de território e sua relação com a saúde coletiva.

O território segundo Haesbaert (2004) é considerado como sendo um termo interdisciplinar, podendo ser interpretada de várias formas, assumindo diferentes formatos e configurações, sendo que sua origem etimológica até o seu uso está relacionada na maioria das vezes com relações de poder.

Ao considerar o território como área de atuação da ESF, entende-se este como sendo um espaço com características específicas e individuais, que irão determinar qual a melhor estratégia a ser desenvolvida naquele local, que por sua vez influenciará diretamente do processo saúde doença da população. Esse reconhecimento torna-se um importante atributo a ser incorporado pela ESF durante suas práticas em saúde e desta forma promover ações integradoras que possam refletir positivamente sobre os níveis de saúde dessa população (MENDES, 1993).

A territorialização é uma das ferramentas básicas utilizadas pela ESF, divididas em três momentos: a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, o reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Portanto o território além de ser um espaço político operativo do sistema de saúde é também um local onde ocorre a interação entre a população e os serviços de saúde. Essa ligação permite que os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde possam desenvolver ações programáticas coerentes com a realidade encontrada em cada região.

De acordo com Monken (2005) o território é resultado de diversas acumulações (históricas, ambientais, sociais e culturais), que promovem condições particulares para o surgimento de doenças.

Nesse aspecto Neto (2000) relata que o conceito de território passou de uma perspectiva parcial jurídico-política, para uma lógica integradora relacional, apontando uma sequência de medidas a serem desenvolvidas durante a implantação de programas locais. O autor sugere que se faça um cadastramento da população por intermédio de entrevistas com moradores e lideranças do local, consolidação das informações, identificação das microáreas que apresentam maior risco de saúde, elaboração de um plano de ação, mapeamento da área de atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), programação das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes e monitoramento e avaliação das equipes.

No entanto, percebe-se que dentre os critérios mencionados para implantação de programas e ESF, deve-se também avaliar a realidade do local, considerando suas características e particularidades inerentes a esse território, e desta forma promover ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças ou agravos mais frequentes identificados nessa região.

6.4 A ESF como instrumento de qualidade de vida da população

Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como modelo de reorganização da atenção básica em saúde, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Portanto essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizadas em uma área delimitada, onde serão desenvolvidas atividades preventivas, de promoção e recuperação da saúde, pautadas em tomadas de decisão cujo pano de fundo é o bem estar e a Qualidade de Vida (QV)²³ da clientela.

²³ A expressão qualidade de vida ligada a saúde é definida por Auquier *et al.* (1997) como "...o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que

Compreender a Saúde da Família como uma estratégia de mudança, constituindo-se como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a importante missão de ser o pilar na organização dos serviços de saúde no âmbito do sistema público brasileiro, significa repensar as práticas, os valores e os conhecimentos de todas as pessoas envolvidas nos processos de produção social da saúde.

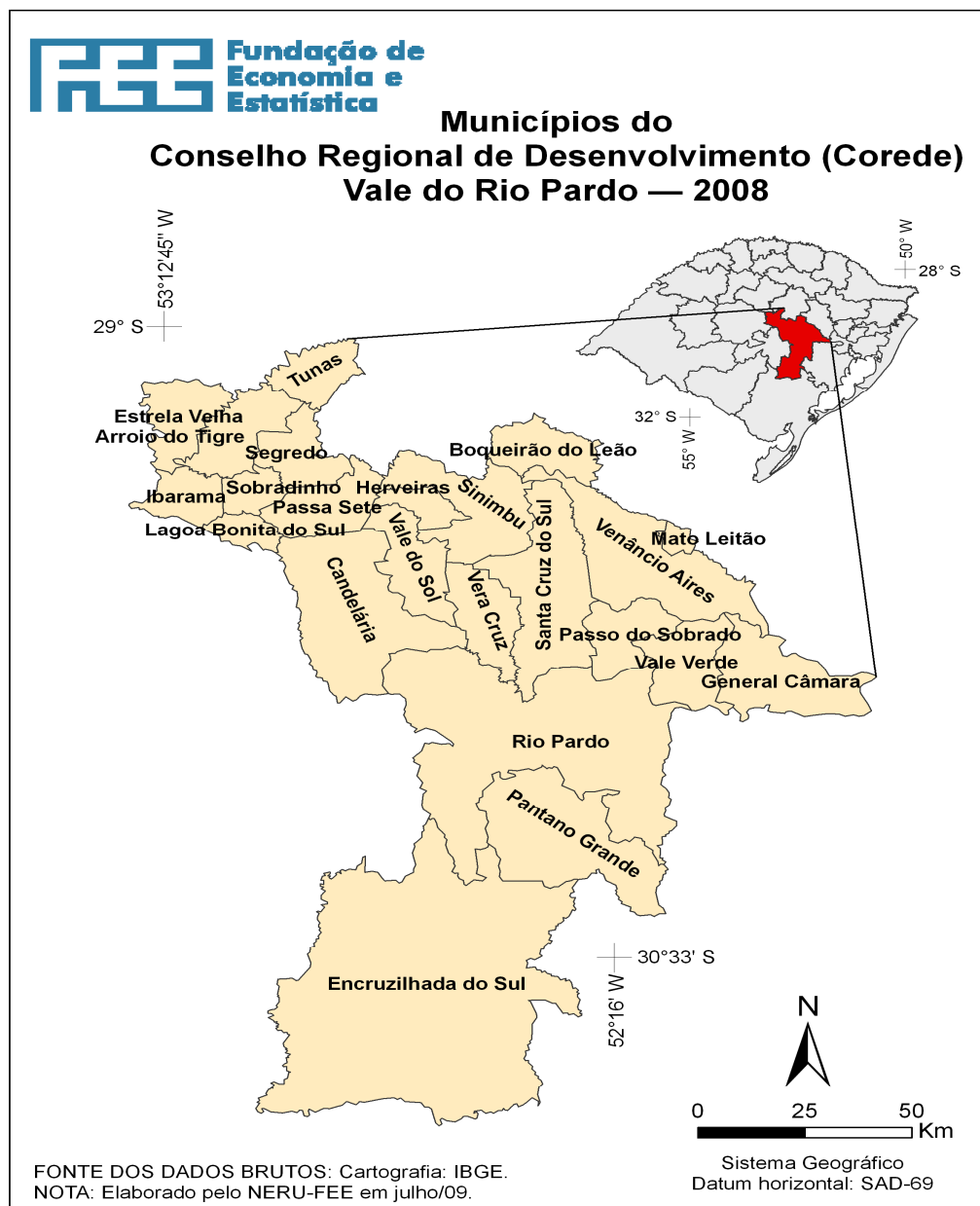
Nesse enfoque amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidos pelos profissionais de saúde, aumentando seus limites de atuação frente à demanda exigida, permitindo que novas estratégias e habilidades sejam incorporadas e aperfeiçoadas durante as intervenções em saúde nas populações.

Conhecer a qualidade de vidas da população adscrita ao programa torna-se uma ferramenta essencial e necessária na identificação das principais mudanças a serem feitas pelos gestores em saúde. A humanização da assistência e o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e a população, bem como a organização e a gestão de trabalho das equipes de saúde na atenção básica, constituem o ponto central dessa estratégia (BRASIL, 1997).

7 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL (RS)

O município de Santa Cruz do Sul localiza-se na região conhecida como Vale do Rio Pardo, na encosta inferior do nordeste do estado do Rio Grande do Sul, onde seus limites geográficos são constituídos pelos municípios de Vera Cruz (leste), Rio Pardo (sul), Sinimbu (noroeste), Venâncio Aires (nordeste) e Passo do Sobrado (leste). Figura 03.

Figura 02 - Localização do Município de Santa Cruz do Sul na Região do Vale do Rio Pardo e no estado do RS



Fonte: FEE, 2011.

Santa Cruz do Sul apresenta uma grande concentração de habitantes. A população do município é estimada em 118.374 habitantes, com uma área de 733,5 km, densidade demográfica de 161,4 hab/km. A expectativa de vida ao nascer no município de Santa Cruz do Sul é de 69,68 anos, seu coeficiente de mortalidade infantil apresenta uma estimativa de 3,46 por mil nascidos vivos (FEE, 2010).

Quadro 1 - Síntese dos indicadores estatísticos de Santa Cruz do Sul (SCS)

População Total (2010): 118.374 habitantes
Área (2010): 733,5 km ²
Área (2010): 733,5 km ²
Densidade Demográfica (2010): 161,4 hab/km ²
Densidade Demográfica (2010): 161,4 hab/km ²
Taxa de analfabetismo (2010): 3,37 %
Expectativa de Vida ao Nascer (2000): 69,68 anos
Coeficiente de Mortalidade Infantil (2010): 3,46 por mil nascidos vivos
PIBpm(2008): R\$ mil 3.287.130
PIB per capita (2008): R\$ 27.129
Exportações Totais (2010): U\$ FOB 955.160.397
Data de criação: 31/03/1877 - (Lei nº . 1079)
Município de origem: Rio Pardo

Fonte: FEE, 2011.

8 TEORIA E MÉTODO DE ANÁLISE

O presente estudo diz respeito à investigação dos modos de trabalho da ESF de SCS no que se refere à abordagem de uma das mais frequentes doenças crônico-degenerativas de maior prevalência – a HAS. De acordo com os capítulos anteriores onde foi descrito o significado da ESF no SUS, a pesquisa abordou como unidade de análise as UBSs – Unidades Básicas de Saúde, onde estão localizadas as equipes multiprofissionais para atuação junto à população que lhes corresponde como área de abrangência.

O acesso a uma atividade específica em seus principais aspectos e movimentos – a intervenção sobre a HAS - foi selecionado pela sua prevalência e relevância no conjunto das ações de saúde. As ações desenvolvidas sobre ela permitem dar conta, aproximadamente, de como a ESF compreende, aborda e desenvolve ações práticas no conjunto de suas responsabilidades.

8.1 Método de abordagem

O método de abordagem utilizado na pesquisa de dissertação é qualitativo, que teve como objetivo geral analisar duas equipes da ESF no município de SCS, suas ações com relação à prevalência de hipertensão arterial sistêmica, assim como as representações dos profissionais das equipes estudadas.

Para alcançar os resultados, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a técnica de entrevista em profundidade com relação aos profissionais de coordenação, assim como os profissionais de saúde que compõem as equipes de cada Unidade Básica de Saúde. Como afirma Gil (1999), o objetivo fundamental da pesquisa é justamente descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos, sendo que em algumas pesquisas, pelas diversas características que apresentam não se adaptam unicamente a um modelo e, dessa forma, buscar-se reforçar a validade e confiabilidade do estudo. A *pesquisa bibliográfica* foi feita durante todo o processo de produção da dissertação, através da consulta a livros, artigos científicos, teses e dissertações, material institucional do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul e da

Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, que tinham conexão com o assunto em estudo.

De acordo com Gil (1999) a maioria dos trabalhos científicos requer este tipo de pesquisa, pois através desta busca de múltiplas técnicas permite ao investigador uma cobertura mais ampla dos fenômenos, com caráter aproximativo, acerca de um determinado fato, do que uma abordagem isolada. Portanto, desta forma será possível agregar diferentes conceitos, ideias e informações relacionados ao estudo proposto.

A *pesquisa documental* consistiu na análise dos planos, programas, documentos da política, normas técnicas e projetos existentes do governo do Estado e do município em estudo – Secretaria Municipal de Saúde de SCS, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, OMS, OPS, entre outros. Destaque para dados e pesquisas sobre a ESF, coleta de dados epidemiológicos e dados gerados pelo sistema de saúde com relação aos padrões de morbi-mortalidade dos territórios selecionados.

Portanto através dessas análises, buscou-se conhecer a dinâmica de trabalho desenvolvido pelos profissionais atuantes na ESF e observar empiricamente a atuação das equipes frente à clientela adscrita. Essa observação foi um elemento fundamental para a construção das questões a serem abordadas nas entrevistas em profundidade.

Por fim, as questões utilizadas na *entrevista em profundidade* caracterizaram-se como semi-abertas, utilizando-se um roteiro-base para o seu desenvolvimento (ANEXOS A e B). O critério de seleção dos indivíduos a serem entrevistados foi intencional, onde se definiu que o elenco de entrevistados em cada unidade de estudo – as 2 Unidades Básicas de Saúde – seria composto por: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde. A coordenação ou chefia na ESF das duas áreas selecionadas para o estudo é de responsabilidade da enfermeira da equipe de saúde da família, totalizando assim 10 profissionais de saúde entrevistados.

O arranjo de questões desse modelo tem origem no próprio problema de pesquisa e busca tratar de forma ampla e profunda o tema, expondo assim cada pergunta de maneira mais aberta possível. O modelo de entrevista que tem origem em uma matriz, o “roteiro de questões guia” visando à cobertura ao interesse da pesquisa, poderá ser adaptado e alterado no decorrer das entrevistas, no sentido de

torna-lo mais completo. Entre as vantagens desse modelo, está à possibilidade de “criar uma estrutura para comparação de respostas e articulação de resultados, auxiliando na sistematização das informações fornecidas por diferentes informantes” (DUARTE e BARROS 2011, p. 67).

O procedimento da pesquisa envolveu contato prévio com os gestores e coordenadores da ESF na Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Sul, para esclarecer os objetivos do estudo e, posteriormente, agendar as visitas às equipes de saúde da família.

Foram realizados contatos frequentes com a Coordenação do ESF na SMS/SCS, assim como as visitas para entrevistas nas Unidades selecionadas, em visitas domiciliares acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde em uma microárea de cada área territorial.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador por meio de entrevistas com os profissionais de saúde atuantes na ESF nas duas regiões selecionadas e que estão diretamente relacionados à detecção de áreas com maior população sujeita a maior risco de adquirir doenças crônico-degenerativas, assim como a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esta realidade é observada nas duas unidades de saúde em estudo, justamente pelo fato que ambas possuem a maior clientela hipertensa adscrita a ESF de SCS. A ESF compreende uma atuação central voltada para a prevenção primária, mas também, o monitoramento através de atenção seletiva de casos mapeados pelo programa.

Com relação aos processos de trabalho desenvolvidos na ESF, as perguntas foram elaboradas com o objetivo de escutar quais as condições de trabalho dos profissionais de saúde e agentes comunitários, suas rotinas mais frequentes, além de descobrir como se estrutura o repertório de saberes e técnicas para sua prática, estabelecendo seus limites e possibilidades de intervenção frente às características de cada território.

As entrevistas realizadas com as equipes do ESF/SCS formaram um conjunto de falas individualizadas e situadas institucionalmente que foram reestruturadas com a finalidade de organizar um discurso institucional destes profissionais que trabalham em equipes para cumprir suas funções. Nesse sentido, as falas individuais foram transcritas e conjugadas num único texto, tendo como eixo segmentador, não mais as individualidades, mas um conjunto que represente o

quadro das indagações selecionadas pelo pesquisador para este coletivo, recortado pelas questões teóricas centrais propostas nos objetivos da pesquisa.

A operação de passagem das falas individuais para um volume de fala “coletivo” representa um processo de reelaboração do conteúdo empírico colhido no trabalho de campo, segundo o eixo teórico definido a partir do quadro conceitual que formula e define a estrutura e objetivos da ESF em sua condição de estratégia voltada à reformulação da lógica prevalente de atenção à saúde. Neste campo, o conceito de territorialização da saúde e a capacidade de antecipação de danos a partir de práticas saudáveis são centrais para compreender seu papel social e sanitário.

Assim, a compreensão da racionalidade estratégica e, em consequência, dos processos organizados da atenção no conjunto das unidades foi desvendado pelo confronto da apreensão teórica e a narrativa das práticas realizadas.

8.2 Pesquisa documental

Neste capítulo será elencado e apresentado ao leitor, um conjunto de elementos organizadores da estrutura e regras que orientam o trabalho das unidades da ESF e suas equipes, assim como os principais programas delineados pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de orientar a leitura sobre os aspectos oficiais desta estratégia, com base nos documentos oficiais: Ministério da Saúde, (2008).

8.2.1 Princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF incorpora e reafirmam os princípios do SUS – universalização, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1997) e se estrutura a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com base nos seguintes princípios norteadores:

- **Integralidade e Hierarquização:** A USF está inserida no âmbito da atenção básica, tornando-se o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os

problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados; este sistema é denominado **referência e contra-referência**, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra-referência. A articulação entre esses dois sistemas é bastante difícil uma vez que a demanda de serviços mais complexos excede ao número de solicitações por parte da atenção básica, dificultando atingir excelência no atendimento aos clientes que necessitam de serviços especializados.

- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** a USF trabalha com território de abrangência definido e organiza-se localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população. São responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas. Recomenda-se que a equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.
- **Equipe Multiprofissional:** as equipes de Saúde da Família são composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS. Além desses profissionais, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais. Portanto as ações de promoção da saúde bucal se inserem em um amplo conceito de saúde que ultrapassa os limites técnicos da sua assistência, integrando assim as demais práticas coletivas.
- **Caráter Substitutivo:** a ESF não propõe a criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a

prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com a resolubilidade da assistência.

8.2.2 Operacionalização da Estratégia Saúde da Família

A operacionalização dos princípios racionalizadores da ESF ocorre por meio da definição territorial da população adscrita, a noção da família como foco da assistência, o trabalho conjunto entre as equipes e o vínculo criado entre os profissionais de saúde e as famílias assistidas (COSTA e CARBONE 2009). Para que esses princípios sejam atingidos com sucesso, toda equipe deve oferecer uma atenção humanizada, valorizando também a dimensão subjetiva e social no desenvolvimento de suas práticas, facilitando a criação de redes cooperativas que resultarão em uma maior autonomia dos sujeitos e grupos sociais envolvidos no processo.

A territorialização pressupõe uma avaliação das características sociais, demográficas e epidemiológicas e devem impactar, de forma positiva, nas condições de saúde da população adscrita (BRASIL, 1997). Desta forma, cabe as equipes de saúde realizarem o cadastramento das famílias por intermédio de visitas domiciliares.

Esta avaliação permite:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco desta população;
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

8.2.3 Funcionamento das Unidades de Saúde da Família

O funcionamento das USF se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população,

vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes em cada Área Territorial, dividida em subáreas.

Essas equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus avanços, seus limites e seu estilo de vida.

As informações registradas pela equipe de saúde servem para que a gestão municipal, juntamente com a população, possam planejar ações efetivas, que venha proporcionar boas melhoras na comunidade. O cadastro destas famílias é registrado no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um importante instrumento de gerenciamento para o nível local em UBS com a ESF, sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação alimentada pelo Agente Comunitário de Saúde de cada microárea (BRASIL, 1997).

8.2.4 Composição da equipe da Unidade de Saúde da Família

Do mesmo modo que na ESF, a equipe da USF é composta por um enfermeiro, um médico, auxiliares de enfermagem e ACS, outros profissionais, como odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos, poderão ser incorporados formando equipes de apoio de acordo com as necessidades locais. Essa equipe fazer parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Todos esses profissionais devem desenvolver suas atividades laborais em conjunto, tanto nas suas unidades quanto na própria comunidade, devem possuir um perfil adequado para o trabalho em equipe, facilidade no trato com pessoas, habilidades em trabalhar com planejamento e ações programática em saúde; capacidade em adaptar-se a situações novas e qualificação profissional continuada às práticas de saúde pública.

Cada uma das ações desempenhada pelos profissionais que compõem a ESF, antes de se constituir em uma tarefa que finda em si mesmo, faz parte de um projeto maior de Vigilância à Saúde preconizada pelo MS. Nessa perspectiva cabe nesse momento e trona-se relevante uma reflexão sobre o real sentido de uma área

adscrita, do acolhimento, da visita domiciliar, da consulta ou de um grupo educativo. Caso estas ações terminam em si mesmas e resolvam, ou não, apenas problemas pontuais, e os profissionais envolvidos no processo de cuidar, não transcendam às queixas, então foi “vaga” a proposta da integralidade do cuidado e conseqüentemente das propostas defendidas pela Vigilância à Saúde.

As principais diretrizes para o trabalho que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS, 2008) para a atuação das Equipes em cada Unidade de Saúde são:

- Conhecer a realidade das famílias na sua área de atuação, seus aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os problemas de saúde e os riscos de exposição da população.

- Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território;

- Planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias;

- Acolhimento e marcação de consultas;

- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças;

- Consultas médicas, de enfermagem e de odontologia;

- Realização de procedimentos odontológicos, médicos e de enfermagem: imunizações, inalações, curativos, drenagem de abscessos e suturas;

- Administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação, entre outras;

- Acolhimento e urgências básicas de enfermagem, de medicina e de odontologia;

- Realização de encaminhamento adequado das urgências e de casos de maior complexidade.

8.2.5 Principais programas da Atenção Básica a serem executadas pelas Estratégias Saúde da Família

Os Programas a serem desenvolvidos pelas equipes de ESF, segundo o MS (2008) são:

Atenção à Saúde da Criança:

- Vigilância nutricional com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno;
- Imunização - realização de esquema vacinal básico e busca ativa de faltosos;
- Assistência às doenças prevalentes entre elas as diarreias em crianças menores de cinco anos;
- Assistência e prevenção das patologias bucais com foco no desenvolvimento neurolinguístico e no processo de socialização da criança.

Atenção à Saúde da Mulher:

- Pré-natal - diagnóstico de gravidez, cadastramento das gestantes com e sem riscos gestacionais, na primeira consulta. Vacinação antitetânica, avaliação no puerpério e atividade educativa de promoção à saúde;
- Planejamento familiar com fornecimento de medicamento e orientação quanto a métodos anticoncepcionais;
- Prevenção de câncer de colo e útero;
- Prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais especialmente cáries e doenças gengivais.

Controle de hipertensão e diabetes:

- Diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores;
- Busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose;
- Tratamento dos casos com fornecimento de medicação e acompanhamento do paciente;
- Diagnóstico precoce de complicações;
- Ação educativa para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo além da prevenção de patologias bucais.

Controle de Tuberculose:

- Busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios;
- Diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG e quimioprofilaxia quando necessário;
- Notificação e investigação dos casos;

- Tratamento supervisionado dos casos positivos e busca de faltosos;
- Fornecimento de medicamentos;
- Ações educativas.

Eliminação da Hanseníase:

- Busca ativa de casos e identificação dos sintomáticos dermatológicos e de seus comunicantes;
- Notificação e investigação dos casos;
- Diagnóstico clínico dos casos com exames dos sintomáticos e classificação clínica dos casos multi e palcibacilares;
- Tratamento supervisionado dos casos com avaliação dermato-neurológica e fornecimento de medicamento;
- Controle de incapacidades físicas;
- Atividades educativas.

Ações de saúde bucal:

- Cadastramento de usuários, planejamento e programação integrada às demais áreas de atenção do ESF;
- Alimentação e análise dos sistemas de informação específicos;
- Participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais.

8.2.6 Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica

A gestão local deve ter a responsabilidade em favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia. Portanto a equipe deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

As práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica devem contemplar todas as etapas referidas ao processo saúde-doença e às áreas de intervenção, tais como: a

Promoção da Saúde, a Prevenção de doenças e agravos, a Assistência e o Tratamento, a Reabilitação (BRASIL, 2008).

As responsabilidades atribuídas para as três esferas governamentais, segundo as diretrizes do Departamento de Atenção Básica – DAB, são:

Esfera Federal

- Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
- Co-financiar o sistema de atenção básica;
- Ordenar a formação de recursos humanos;
- Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;
- Manter as bases de dados nacionais.

Esfera Estadual

- Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
- Regular as relações inter-municipais;
- Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;
- Co-financiar as ações de atenção básica;
- Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica²⁴ em seu território.

Esfera Municipal

- Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
- Contratualizar o trabalho em atenção básica;
- Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
- Co-financiar as ações de atenção básica;

²⁴ Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

- Alimentar os sistemas de informação;
- Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

9 TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS

O trabalho de campo foi desenvolvido no mês de julho de 2012, com caráter exploratório para:

a) avaliar através da observação livre e orientada dos ambientes próprios da gestão da política;

b) analisar os principais aspectos que possam influenciar o grau de implementação da atenção à hipertensão arterial sistêmica pelas equipes de saúde da família, seu funcionamento no SUS – postos, ambulatórios, hospitais – assim como de visitas de grupos da ESF às comunidades de seus territórios.

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso da ESF em SCS (2010-2012), com abordagem qualitativa que utilizou para a coleta de dados, a técnica de entrevista semi-estruturada e a observação livre dos ambientes próprios da gestão. Desta forma o estudo de caso segundo Yin (2001, p. 21), contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, permitindo assim uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores.

O delineamento exploratório empregado nesse estudo tem nas palavras de GIL, “como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 1999, p. 43). Portanto, esse empenho de um desenho exploratório torna-se um recurso válido e adequado, no momento em que o tema desenvolvido – uma experiência ampla de políticas públicas cuja implementação ainda padece de dificuldades operacionais no país - está a exigir estudos de campo que identifiquem os conteúdos das múltiplas iniciativas implantadas, seus formatos correntes, lógicas de operação, importância no âmbito da política sanitária dos municípios brasileiros, identificação da relevância da força de trabalho técnico, mas também, o exame de como se dá o sentido dos elos entre equipes de saúde, agentes comunitários e populações-alvo. Apenas um conjunto robusto de estudos empíricos deste campo complexo de trabalho poderá abastecer

a gestão pública para encaminhar novas agendas de pesquisa, com níveis crescentes de formalização de hipóteses de trabalho.

De acordo com o mapa descritivo das unidades da ESF, estas são formadas por onze regiões e subdivididas em diversas microáreas, são elas: Glória, Gaspar Bartolomay, Pedreira, Cristal, Menino Deus, Bom Jesus, Faxinal, Margarida Aurora, Senai, Rauber e Rio Pardinho.

Quadro 2 - Unidades ESF de Santa Cruz do Sul e Unidades selecionadas para estudo. Santa Cruz do Sul/RS, 2012

MUNICÍPIO	UNIDADES USF/SCS	UNIDADES SELECS. P/ ESTUDO
SANTA CRUZ DO SUL	Bom Jesus	Bom Jesus
	Cristal	
	Faxinal	
	Gaspar Bartolomay	
	Glória	
	Margarida Aurora	
	Menino Deus	
	Pedreira	
	Rauber	
	Rio Pardinho	
	Senai	Senai

Fonte: VIEIRA, 2013.

Durante o trabalho de campo as entrevistas foram realizadas com parte dessas equipes, utilizando um critério intencional ou não aleatório para a escolha da região e das equipes a ser analisada. O critério adotado para a escolha das duas áreas a serem analisadas foi pelo fato que tanto a unidade de ESF do Senai e do Bom Jesus estarem situadas em áreas populosas e periféricas da malha urbana de Santa Cruz do Sul e possuírem as maiores clientela adscritas de hipertensos. Este fato instigou o pesquisador para o empreendimento de uma análise em profundidade do ambiente e da qualidade de serviço prestado pelos profissionais de saúde nessas duas unidades de saúde o que vem ao encontro dos objetivos propostos pela pesquisa. Outro elemento-chave para escolha foi o fato de que ambos possuem as equipes de composição muito próxima ao preconizado pelo Ministério da Saúde, a saber, serem compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e quando ampliada, possa contar ainda, com um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Para uma melhor visualização das duas áreas selecionadas para o estudo, mostra-se no ANEXO-D todas as microáreas (ESF/SCS) suas divisões e abrangências.

A investigação foi conduzida a partir de quatro etapas e suas modalidades de acesso foram:

Etapa 1 - Contato com os profissionais atuantes na ESF;

Etapa 2 – Avaliação da estrutura a partir de observação e verificação do processo de trabalho (ANEXO A);

Etapa 3 - Entrevistas em profundidade, semiestruturadas, utilizando um roteiro base com membros do ESF sobre estratégias preventivas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (ANEXO B);

Etapa 4 – Organização, análise e interpretação dos dados coletados durante as entrevistas com as equipes da ESF.

10 A ESF E SUAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS NO MUNICÍPIO DE SCS: RACIONALIDADE, EXPANSÃO E FORMAÇÃO DE QUADROS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sob responsabilidade gerencial direta das Secretarias Municipais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2008).

Inicialmente formulado como programa, o PSF passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008). A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil²⁵, especialmente no contexto do SUS. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios. Essa racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais tem produzido resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida às equipes de saúde da família.

A ESF de SCS ao longo dos anos de sua existência sofreu diversas transformações em sua estrutura. Implementado no ano de 1996 a ESF em SCS teve início no ano de 1998, assumindo assim um importante papel no âmbito das políticas públicas na Secretaria de Saúde de SCS.

A expansão da ESF ganhou impulso com a Norma Operacional Básica (NOB-96) (BRASIL, 1997) que operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e

²⁵ Fala-se aqui da ampliação do sentido das ações em saúde pública, onde as estratégias e medidas implementadas junto às populações adscritas, têm o sentido de antecipar danos à saúde, reduzindo a medicalização das ações e atuando sobre riscos prováveis de adoecimento.

mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB), assim com a responsabilidade dos municípios enquanto gestores (COIMBRA *et al.* 2005).

A ESF tem um papel relevante na aplicação das políticas públicas de saúde, pois alia a técnica à prática da saúde coletiva, sendo responsável por reconhecer a realidade da comunidade de sua área de abrangência, através do cadastramento da população e diagnósticos sociais, demográficos e epidemiológicos de cada área delimitada. Essas ferramentas utilizadas pela ESF auxiliarão seus profissionais na identificação de problemas de saúde e de situações de risco, fomentando assim o desenvolvimento de ações preventivas orientadas para promoção da saúde e da qualidade de vida da comunidade.

A primeira Equipe de Saúde da Família de SCS foi implementada em 1996, desde lá foi possível observar uma melhora geral nos indicadores de saúde nessas áreas cobertas pelo programa. Esse avanço pode ser observado nas alterações desencadeadas pelos indicadores de mortalidade infantil, aleitamento materno e redução de internação por doenças crônicas degenerativas, onde cita-se a HAS.

**Tabela 3 - Evolução dos indicadores das 4 USFs, implantadas antes de 2003.
Santa Cruz do Sul, 2012**

Indicador	Anos	
	2003	2008
% Gestantes acompanhadas	90,12	97,47
% Consulta de pré-natal no mês	87,67	94,81
% Crianças menores de 1 ano com vacina em dia	86,80	97,06
% Crianças menores de 1 ano desnutridas	4,95	0,74
% Crianças menores de 2 anos que tiveram IRA	2,54	1,31
% Nascidos vivos com baixo peso ao nascer	13,74	11,73
% Óbitos de mulheres em idade fértil	15,00	7,14
Óbitos de menores de 28 dias	8	0
Taxa mortalidade infantil / 1000 nascidos vivos	93,41	24,91
% Hospitalização por abuso de álcool	5,43	1,30
% Hospitalização por diabetes	8,50	5,21
% Diabéticos acompanhados	84,34	90,26
% Hipertensos acompanhados	75,54	88,49
% Pessoas com tuberculose acompanhadas	75,00	83,33

Fonte: Tribunal de contas do Estado/RS, SIAB.

Ao analisar a tabela acima, destaca-se alguns indicadores que tiveram variações significativas:

- Percentual de crianças menores de um ano desnutridas: o indicador em 2003 era de 4,95% e abaixou para 0,74% em 2008;

- Óbitos de menores de 28 dias: em 2003 houve 8, em 2008 nenhum;
- Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos: a taxa era de 93,41 em 2003 e abaixou para 24,91 em 2008;
- Percentual de hospitalização por abuso de álcool: o indicador era 5,43% em 2003 e em 2008 diminuiu para 1,3%;
- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil: em 2003 foi 15%, porém em 2008 foi reduzido para 7,14%.
- **Percentual de hipertensos acompanhados: em 2003 foi de 75,54, em 2008 aumentou para 88,49.**

A evolução dos indicadores na tabela 1 acima, elaborada pelo Tribunal de Contas do Estado/RS, com base no SIAB, apresenta 4 USFs selecionadas e confirma o real impacto que a ESF promoveu na saúde e na qualidade de vida das populações em foco, reforçando a necessidade de redefinir cada vez mais a atenção básica a partir da priorização dessa estratégia revelada pelo conjunto dos indicadores de saúde no município.

Portanto esses resultados demonstraram consonância com as conclusões de um estudo realizado por Fontanive, Kolling e Fontanive (2008), integrantes do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde de Porto Alegre “PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA UFRGS”, que através de um modelo de regressão linear, demonstraram que um município de 360.000 habitantes do RS, sem a ESF, apresenta em média, uma taxa de internação por AVC de 38,5 para cada 10.000 indivíduos com mais de 40 anos. Se este mesmo município adotasse a ESF como modelo de reorientação do Sistema e da APS, esta taxa seria de aproximadamente 28,9. Desta forma, seriam potencialmente “evitadas” 135 internações representando uma economia estimada, nesse caso de R\$ 217.080,00.

Ainda de acordo com o estudo desenvolvido por Fontanive *et al.* 2008, um município do RS, com 45.000 habitantes, sem a ESF, apresenta em média 45,1 internações por infecção respiratória aguda (IRA) para cada 1.000 crianças com até 5 anos. Portanto, se esse município implantasse 12 equipes da ESF, cobrindo 93% da população, esta taxa seria de 32,5, significando que poderiam ser evitadas 61 internações ao ano, ou representaria uma economia de aproximadamente R\$ 36.356,00.

Definir a ESF como prioridade na área da saúde, incorporando a mesma em uma política de governo que privilegie a prevenção, através a ampliação do número

de equipes, do percentual de população coberta, bem como disponibilizando os recursos e estrutura necessária para o funcionamento adequado das USFs, são ações fundamentais para que a Saúde da Família aumente a resolutividade da estratégia e produza impacto positivo nos indicadores gerais de saúde dos municípios.

No que diz respeito aos critérios adotados pela ESF, em SCS, a vulnerabilidade da população e a melhoria do acesso aos serviços de saúde ganham primazia na gestão do sistema, ou seja, ações implementadas são orientadas para áreas do município em que a população apresenta maior risco e vulnerabilidade, ou em áreas sem unidade de saúde próxima aos domicílios.

Portanto, as demarcações dos domicílios seguem critérios do Ministério da Saúde onde cada Equipe de Saúde da Família pode atender no máximo 1000 famílias, número esse que pode variar em média, em torno de 3000 a 4000 pessoas.

Toda equipe de saúde da ESF para uma melhor identificação e visualização das áreas mais vulneráveis em SCS, trabalham com mapa geográfico das áreas selecionadas, como pré-requisito para aprovação do projeto junto ao Ministério da Saúde.

A ESF utiliza-se do mapeamento geográfico das áreas para um futuro planejamento das atividades que serão desenvolvidas na comunidade. Os técnicos e coordenadores da Secretária de Saúde de SCS, salientaram a dificuldade de realizar ações perenes com grupos familiares adscritos à Estratégia, pelo fato da clientela de cada área adscrita contar com parte de sua população, na condição de contingente “flutuante” que varia ao longo do tempo em relação ao número de famílias estimadas. Sendo assim a coordenação de SCS afirma que, ao contar com um número variável de famílias ao longo do ano pela sua condição de população flutuante, além de causar, dificuldades para organizar estatísticas com qualidade, também interfere na qualidade do planejamento das ações pela alteração produzida nas estimativas de impacto das ações sobre a população adscrita.

Ao total, SCS possui 11 equipes, sendo que cada ESF é composta por um número mínimo de 6 a 8 agentes comunitários de saúde, um médico, uma enfermeira, 2 técnicos de enfermagem. Dessas onze equipes, seis possuem equipe de saúde bucal²⁶ (um dentista e um auxiliar de consultório bucal).

²⁶ A inserção da saúde bucal na ESF ocorreu de forma não organizada, ficando restrita a alguns municípios brasileiros até o ano 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde, com a Portaria no 1.444, de

As áreas de atuação das ESF são compostas de 6 a 12 microáreas, sendo que cada uma deve possuir no máximo 750 pessoas. Cada área deve abranger até 4000 pessoas, sendo que os bairros, as quadras e as ruas podem variar o número de famílias atendidas.

As atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde em casa unidade são:

- Consulta médica;
- Consulta de enfermagem;
- Consulta odontológica;
- Acolhimento aos pacientes;
- Grupos em educação em saúde;
- Palestras nas escolas e EMEI;
- Promoção de feiras de saúde;
- Atividades desenvolvidas pelos estagiários na comunidade e na unidade;
- Visita domiciliares;
- Atendimento geral para população da área adscrita,
- Atendimento para idosos;
- Atendimento para crianças;
- Pré-natal;
- Puericultura;
- Hipertensos e diabéticos;
- Procedimentos técnicos;
- Coleta exame citopatológico;
- Vacinas.
- Prevenção em saúde bucal.

Portanto, referentes aos Grupos de Educação em Saúde existente em cada unidade, possuímos grupos de:

- Hipertensos;
- Diabéticos;
- Gestantes;
- Mães de crianças com baixo peso;
- Saúde da mulher;
- Saúde da criança;
- Caminhada;

28/12/2000, regulamentada pela Portaria no 267 de 06/03/2001, instituiu um incentivo financeiro para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: Modalidade I – composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Modalidade II – composta por CD, Técnico de Saúde Bucal (TSB) e ASB (todos 40 horas semanais).

- Adolescentes;
- Terceira idade;
- Saúde do Homem;
- Terapêutico-convivência
- Crianças com Hiperatividade e/ou Deficit de Atenção;
- Os grupos são realizados nas Unidades de Saúde, Escolas, EMEI (Escola Municipal de Educação Infantil) e Centro ocupacional das áreas adscritas da ESF.

Outras atividades realizadas pelas equipes de saúde da ESF:

- Projeto Margarida Aurora e Monte Verde unidos pelo meio ambiente;
- Projeto ESF Gaspar Bartholomay “GASPARZINHOS DA SAÚDE”;
- Projeto “Polvo” Processo de Educação Continuada em Redução de Danos para
- Agentes de Saúde;
- Rede Caps- Estratégia Saúde da Família trabalhando em rede com o CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial);
- Oficinas terapêuticas;
- Parcerias com os programas existentes no município PPV (Programa Prevenção a Violência), PIM (Primeira Infância Melhor) Bem Me Quer (Programa de Redução do índice da Mortalidade Infantil);
- Monitoramento, escovação e aplicação de flúor nas escolas e EMEI.

Ao avaliar a dinâmica de trabalho dos ACS da ESF, observa-se²⁷ que são pessoas de extrema importância na estratégia global da saúde de uma população, cumprindo uma função de elo mediador e de ligação da comunidade com as equipes de saúde. Em SCS é integrada com as demais equipe de saúde da unidade, onde suas atribuições diárias é trazer informações do dia anterior e receber o planejamento de seu dia de trabalho. Portanto, cada ACS é responsável por até 150 famílias ou até 750 pessoas e por uma microárea.

A operacionalização e consolidação da ESF ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o acolhimento/vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas.²⁸

²⁷ Ver capítulo 8.2 sobre as funções do Agente Comunitário de Saúde no ESF.

²⁸ É na equipe multiprofissional que os problemas levantados durante a avaliação do estado de saúde da comunidade adscrita, devem ser enfrentadas e analisadas, Devemos valorizar o conjunto de experiências dos distintos profissionais que compõem esta equipe obtendo-se, desta forma, um maior

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a), a territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e devem impactar, de forma favorável, as reais situações enfrentadas pelas populações e suas condições de saúde. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares.

Por intermédio desse diagnóstico será possível:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco desta população;
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde. (MS, 2007)

Referente às dificuldades enfrentadas na implementação da ESF nos municípios do Brasil e em especial nas unidades de saúde de SCS, diz respeito à carência de profissionais qualificados, com formação generalista, capazes de atuar de forma efetiva, na complexa demanda que os cuidados da Atenção Básica exigem, estando, desta forma, “na contramão da medicina intervencionista e sofisticada de nossos dias para atender a esta nova realidade” (CAMPOS e BELISARIO, 2001).

Diante desta perspectiva, torna-se relevante o resgate do valor do conjunto dos profissionais inseridos na ESF e propiciar aos atores deste novo modelo, a continuidade de sua formação como especialidade e campo do saber, afastando assim aquela antiga e preconceituosa ideia de que o profissional que não se especializa é o que decide atuar “na Saúde da Família” (COSTA e CARBONE, 2009). Além disso, a capacitação permanente e continuada de todos os profissionais envolvidos incorpore:

não apenas novos conhecimentos, mas uma mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos

impacto sobre os diferentes indicadores de saúde, que interferem no processo saúde-doença. Para isso, é imprescindível que a estruturação da dinâmica de trabalho das equipes e suas ações, consolidem-se nos princípios da vigilância à saúde, rompendo assim esse modelo tradicional centrada na dinâmica médico-curativa hegemônica até os dias de hoje (COSTA e CARBONE 2009).

princípios da promoção da saúde (ARAUJO, 2007).²⁹

Um ponto negativo salientado pelas coordenadoras das unidades estudadas, diz respeito as condições de trabalho em que os profissionais estão inseridos que ainda apresenta dificuldades. Os profissionais relatam que a ESF não é diferente de outros programas e políticas implantadas nas diversas esferas do poder público. Nas suas diretrizes, bem como a sua forma de construção, ela contempla todas as necessidades da “família”, porém existe uma gama de informações e situações enfrentadas pelos profissionais, na própria organização e gestão do trabalho, que ainda não estão bem sistematizadas e sintonizadas com a realidade encontrada nas áreas de abrangência. As dificuldades e insuficiências relatadas pelos profissionais durante as suas rotinas de trabalho, envolvem problemas de insegurança, falta de profissionais e pouca infraestrutura.

“A questão da insegurança é muito comum nas unidades, primeiro é por que estamos sempre na “berlinda” com a questão da demissão; agora tem a “fofoca” que seremos demitidos em julho e isso gera uma instabilidade. Pedir para os profissionais terem ânimo e motivação para o trabalho, onde são ameaçados diariamente é complicado. Esse é um ponto muito difícil de ser trabalhado com as equipes, pois diante dessa questão, não conseguimos fazer um planejamento para doze meses, planejamos até julho, pois o boato é sempre o mesmo, seremos demitidos em julho 2013” (Membro da equipe de saúde).

“A gente não consegue ficar com uma equipe completa, por exemplo, estou há dois anos com duas microáreas sem ACS, não tivemos inscritos em uma área e na outra, a pessoa não passou no período probatório. Então esse problema acaba sobrecarregando todos os profissionais para dar conta da demanda diária da unidade” (Membro da equipe de saúde).

“A infraestrutura é outra questão que posso salientar, porque ainda não possuímos um ambiente específico para as terapias de grupos, como é o caso dos hipertensos e diabéticos. Também não temos o aparelho autoclave necessário para a realização de vários procedimentos, a gente só tem a estufa; então poderíamos fazer pequenos procedimentos e por causa disso, não fazemos” (Membro da equipe de saúde).

Entretanto, essas questões apresentadas pelo conjunto de profissionais da ESF, prejudicam seriamente a sistemática e o andamento das atividades desenvolvidas na comunidade, dificultando assim, diálogos e reflexões que possam contribuir em termos de práticas efetivas de intervenção.

²⁹ A partir dos capítulos analíticos, os trechos de entrevistas dos profissionais de saúde das unidades ESF em estudo, ao serem incluídos no texto, serão identificados através da categoria “membro da equipe”. Desta forma, serão preservadas as falas de cada profissional permitindo assim, uma análise do discurso coletivo da equipe.

Portanto para amenizar essas questões técnicas e operacionais existentes na estrutura da Estratégia, as equipes no decorrer de suas atividades, decidem, por força das circunstâncias, a readaptarem ações e atividades, conforme as adversidades que possam surgir na unidade de saúde e na comunidade.

“Algumas atividades conseguimos realizar e outras não, muitas vezes adaptamos o nosso trabalho. Algumas diretrizes preconizadas pelo MS tornam-se inviáveis de serem efetuadas, como por exemplo, a atividade educativa que deveriam ser desenvolvida na unidade, não é, pois falta infraestrutura adequada para esse tipo de trabalho” (Membro da equipe de saúde).

“Aqui na nossa unidade de saúde, encontramos áreas desassistidas pela falta de ACS. Então para dar conta dessas famílias, reunimos as equipes aos sábados para realizar as visitas. Também iniciamos atendimentos noturnos, a cada quinze dias, das 18 às 21 horas, para pessoas que não conseguem vir à unidade durante o dia. Essas duas iniciativas foram suspensas pela gestão, pois estavam gerando um acúmulo no banco de horas” (Membro da equipe).

Ao analisar as falas dos profissionais acima, percebe-se que ainda existe certa incompatibilidade entre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde com a gestão municipal. A falta de infraestrutura salientada pelos profissionais reflete num descontentamento de todos os membros da equipe, acentuando-se cada vez mais no momento que poucas soluções são apontadas pelos coordenadores da gestão. Essa situação encontrada nas unidades torna-se um fator limitante, dificultando o desenvolvimento de atividades preventivas, que venham atingir de forma mais eficaz e com qualidade os grupos com maiores riscos de adoecer, como é o caso dessa pesquisa, a HAS.

Portanto, diante dessas questões apontadas pelas equipes, “a falta de estrutura física para realização das reuniões e das terapias com os grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes”; a solução que os profissionais encontraram, foi utilizar espaços alternativos, como CTGs, igrejas e pavilhões.

O deslocamento das atividades para outro local, segundo a coordenadora da unidade, quebra a sistemática de trabalho das equipes de saúde, atrapalhando as atividades internas agendadas para o dia, como por exemplo: o acolhimento, as consultas, as vacinas e os curativos.

“Tudo isso dificulta o nosso trabalho, pois para a realização dessas atividades, somos obrigados a levar todo o material para lá, desde o papel higiênico, copos, água, som, colchonetes, em fim tudo, e depois trazê-los de volta a unidade. No final do dia, estamos cansados, então diante dessa situação, diversas vezes conversamos com as equipes, se realmente vale a

pena continuar, ou se diminuimos os grupos” (Membro da equipe de saúde).

O horário de atendimento nos ESFs, também foi salientado pelos profissionais, como sendo um fator limitante para um bom acolhimento da população. Muitas pessoas acabam não utilizando os recursos da unidade de saúde, por que trabalham durante o dia, e quando necessitam de atendimento, a unidade já se encontra fechada. A iniciativa das equipes de saúde em atenderem a população em horários diferenciados, como foi relatada em uma das falas acima, demonstra uma grande preocupação dos profissionais com a sua clientela, pois perante essas ações, a Estratégia conseguirá atingir uma maior cobertura, por intermédio da adesão de populações que anos atrás não se tinha acesso.

No que diz respeito à quantidade de profissionais que atuam em cada unidade de saúde, ela ainda se revela insuficiente para o conteúdo do trabalho que o sistema ESF exige. Ao analisar esse problema da escassez da força de trabalho nas unidades, relatado pelos profissionais, como sendo uma barreira limitante para um bom desenvolvimento de suas atividades, percebe-se que esse volume diário de pacientes que ocorre para as unidades provoca um deslocamento dos profissionais das suas atribuições específicas originais. Para suprir essa demanda as funções de cada membro da equipe são descaracterizadas, ou seja, o enfermeiro atende na recepção, o ACS agenda as consultas e os exames, deixando assim de efetuar as visitas domiciliares em sua microárea. Assim, a multiplicação de funções de cada membro da unidade, torna a rotina do grupo desvirtuada, transparecendo em vários trechos das entrevistas:

“A dinâmica de trabalho que é desenvolvida pelos ACS envolvem visitas domiciliares pelo menos uma vez ao mês. Às vezes nosso trabalho fica prejudicado, por que ficamos atendendo na recepção, **que não é a nossa função** e com isso deixamos de fazer as visitas naquele dia” (Agente 1)

“Essa mistura de atribuições entre os profissionais, ocorre com muita frequência aqui na unidade. A nossa unidade é composta por duas técnicas de enfermagem, que são profissionais que deveriam ficar na recepção e acolher as pessoas. Pelo fato de que os técnicos não conseguem dar conta de suas atividades, como por exemplo: curativos, nebulizações, injeções, vacinas e visitas domiciliares, as pessoas que chegar até a unidade, a clientela acaba não sendo acolhida corretamente” (Membro da equipe de saúde).

“Aqui na minha unidade, eu deixo muitas vezes o ACS auxiliar na recepção, por que lá na frente na maioria das vezes não tem ninguém. Se eu posso ir ajudar, eu vou, mas também tenho as minhas atividades agendadas no dia, então fica difícil. Por isso eu falo que aqui na unidade praticamente não existe acolhimento” (Membro da equipe).

Portanto, quando perguntado a coordenadora e aos profissionais da ESF, sobre os procedimentos que poderiam ser tomados junto a Secretaria de Saúde para melhorar essa situação, estes relataram que a própria gestão, como também o secretário de saúde apesar de estarem cientes e conhecerem as realidades das unidades, a sua estrutura e suas dificuldades, nenhuma solução foi destacada por eles.

“Ao longo dos anos, pedimos pessoas para ajudar na recepção, nós precisamos de um assistente, de um auxiliar administrativo, ou seja, alguém só para atender ao telefone já seria bom. Mas a resposta é sempre a mesma, não temos verba suficiente para suprir essa falta de profissionais” (Membro da equipe).

Sempre que ocorre um descolamento de propósitos nas relações hierárquicas, as dificuldades rotineiras não resolvidas/solucionadas dão curso a transformações imprevistas. Se a estrutura de uma unidade e o desenvolvimento das tarefas apresentam hiatos por variadas razões, algumas delas podem ter origem em concepções arraigadas ao modelo antigo, onde o valor da atenção se expressa em volume de tarefas realizadas e não necessariamente no controle da qualidade de sua realização. O modelo – antigo, mas ainda em vigência e, dominante – é reposto a cada gesto de vacilação diante da novidade que é o ESF. Existe, portanto, uma ameaça renitente da lógica produtivista às intenções de transformação na qualidade das relações entre profissionais de saúde e a população sob seus cuidados. Nesta forma de entender o panorama da saúde pública, o que se torna revelador – tido como valor positivo – são os números que as unidades exibem. Caso os números não sejam os almejados ou previstos pela gestão superior, a lógica numérica se impõe como valor supremo e recurso de sustentação política.

Nas reuniões mensais realizadas com as equipes de saúde, gestores e com a comunidade, várias vezes foram destacados pontos fundamentais para que a ESF consiga desenvolver ações que possam atender de forma satisfatória as populações menos assistidas e com maior risco de saúde. Porém, a falta de profissionais era um desses pontos e a resposta das autoridades responsáveis pela Estratégia, segundo os profissionais tem sido sempre as mesmas: “*vamos abrir processo seletivo, iremos contratar, mas por enquanto não*”. Uma das equipes relata que para suprir essa demanda percebida e não plenamente atendida, receberam a informação que seria

autorizado pela Secretaria de Saúde do município, o funcionamento das unidades para todos os profissionais trabalharem se “quiserem” aos sábados, sendo essas horas trabalhadas a mais, revertidas em folga e não remuneradas financeiramente.

Ora, essa postura, referida pela gestão para tentar solucionar problemas estruturais e operacionais nos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais, desencadeou descontentamentos, atritos e divergências entre toda equipe da ESF. Essa situação foi evidenciada com clareza quando os profissionais relatam que sentem insegurança e pouca autonomia durante a construção de um plano de ação em comum acordo com a coordenação e a gestão atual.

A lógica da ESF, enunciada em suas diretrizes, é fundamentada nos princípios básicos do SUS, onde a ação integral das equipes multiprofissionais e o vínculo constante com a comunidade, são medidas essenciais para a construção de um plano de ação local, que possa provocar mudanças efetivas na saúde e bem estar das populações. Neste estudo ela não é evidenciada com clareza nas duas unidades estudadas em SCS. Em ambas as unidades se observa certa fragilidade e dualidade entre as tomadas de decisões que envolve os gestores e suas relações com as equipes de saúde.

(...) A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários. (BRASIL, M.S. HUMANIZA SUS 2008 - DOCUMENTO BASE PARA GESTORES E TRABALHADORES DO SUS, p. 8).

Portanto torna-se nítido esse fato ao abordar alguns pontos relacionados com a dinâmica de trabalho dos profissionais e sua relação com a gestão municipal. Nessa perspectiva pode-se perceber que as equipes de saúde apesar de compreenderem a necessidade de mudanças na estrutura e a maneira de entender o processo saúde-doença, preconizada pela ESF, pouco incentivo recebem da Secretaria Municipal de Saúde e das autoridades, para o enfrentamento dos problemas e das diversidades vividas nas unidades e na comunidade.

Segundo os profissionais, a secretaria recebe ajuda financeira do MS para auxiliar as unidades em caso de emergência, mas essa verba destinada para a ESF, que poderia ser utilizada na contratação de mais profissionais, não é utilizada para isso. A resposta da Secretaria é sempre a mesma “estamos dentro do que é preconizada pelo MS, a população está adequada”, mas o que as autoridades não

percebem é que o nosso trabalho fica prejudicado por extrapolar excessivamente o número de atendimentos e por causa disso, a qualidade do serviço prestado acaba diminuindo” (Membro da equipe de saúde).

Diante dessa realidade vivenciada pelas equipes de saúde nas unidades, questionei o profissional da ESF, frente às possibilidades em traçar um plano de ação em comum acordo com a gestão, que venha ao encontro das reais necessidades da unidade e que possa culminar na melhora da qualidade do serviço prestado, já que a Secretaria de Saúde afirmou que as unidades estão adequadas para suprir a demanda e as necessidades da população.

“Vixi”, isso vai acontecer somente daqui uns 100 anos, eu acho. Isso é uma situação bem complicada. Essa questão ainda não é vista pelos gestores, a visão deles ainda é a mesma – nas unidades se trabalha pouco, que não se faz nada” (Membro da equipe de saúde).

Ao analisar as diretrizes preconizadas pelo MS, nota-se que a ESF é uma proposta inovadora em saúde que tem um grande potencial de se consolidar como uma referência em prevenção no município de SCS. Além de ser um município com economia forte com um dos maiores IDH no interior do Estado, de ter uma Universidade com residência de medicina da família, observa-se que na prática a gestão ainda não utiliza esses recursos para melhorar a estrutura e a dinâmica de trabalho das equipes de saúde³⁰, ficando dependente da boa vontade e dos recursos do MS. Apesar das 11 unidades terem médicos da família com outra proposta e visão em saúde, ainda existem muitos limitantes para que Estratégia consiga deslanchar como uma nova alternativa em saúde. Essa mudança que a Estratégia almeja e exige, ainda é vista com certo preconceito e resistência por parte dos gestores municipais; esse aspecto pode ser bem observado na fala de um profissional da unidade, na qual relatou que:

“A gente ainda não tem todo esse apoio e aparato para conseguir deslanchar. Você chega com uma nova proposta para melhorar a qualidade do atendimento nas unidades, a gestão pouca importância dá; somos cobrados em cima números de atendimentos, ou seja, é outra visão. Um exemplo disso foi quando mudou a gestão: o secretário da saúde foi muito característico. Na primeira reunião dele com os profissionais das unidades, o discurso dele foi em cima de números, pois é isso que interessa. Por ele, deu para perceber que podia fechar todos ESFs e criar somente UPAs” (Membro da equipe de saúde).

No entanto, cabe assinalar que, o estudo revela que apesar do baixo número

³⁰ E, em consequência, melhorar o desempenho e a qualidade do sistema de saúde do município.

de profissionais nas unidades de ESF, e as dificuldades decorrentes, evidencia-se que a qualidade do serviço prestado e seus resultados chamam atenção e produz impactos positivos na saúde das populações adscritas à Estratégia.

Membros da equipe de saúde das unidades em estudo relatam que hoje o número de pessoas que aderem a estratégia reconhece o valor do SUS. Até pouco tempo, o SUS literalmente era utilizado por pessoas de baixa renda. No entanto, depoimentos das equipes revelam a tendência da população, de abandono dos convênios privados para utilizar os recursos do SUS.

Essas mudanças são resultados de um bom atendimento realizado pelas equipes da ESF, melhorando os níveis de saúde dos grupos atendidos³¹. Por intermédios dessas ações, novas adesões são efetuadas, mas em consequência, a força de trabalho das equipes se defrontam com carga maior de trabalho – desequilíbrio entre demanda e a carga de trabalho das equipes, problema esse ainda não equacionado pela Secretaria de Saúde, pelo menos até agora.

Portanto essa é uma das discussões levantadas pelas equipes de saúde, pois diante da grande demanda e pelo pequeno número de profissionais atuantes em cada unidade, torna-se prejudicada e limitada a elaboração de novos planos de atuação pelo excessivo desgaste durante o acolhimento da clientela que busca esse tipo de recurso.

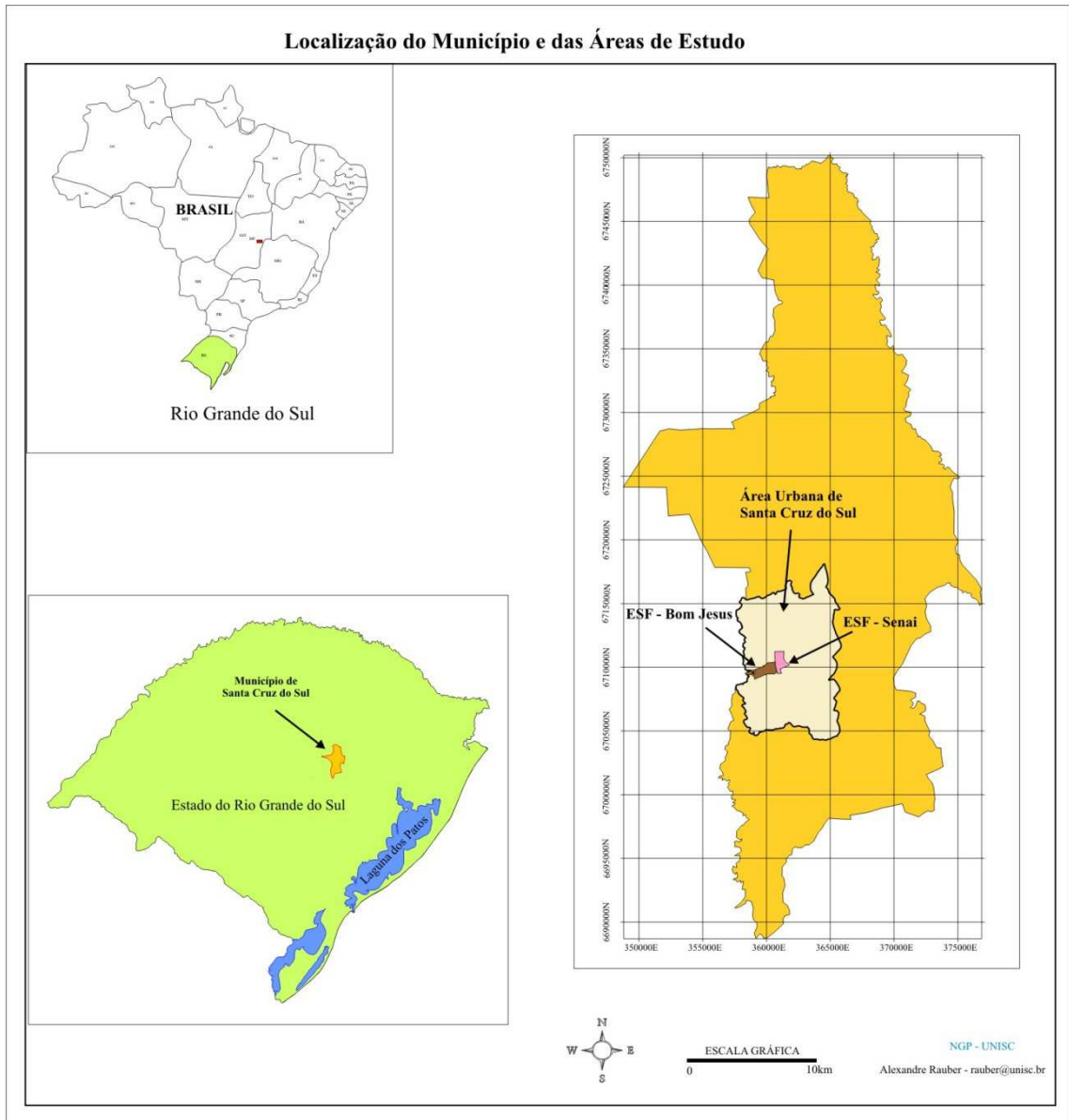
Ao serem questionados sobre a infra-estrutura e o ambiente de trabalho em que as equipes estão imersas (acomodações, equipamentos, dinâmica da assistência, higiene do ambiente), relataram que em algumas unidades são boas, mas se realizassem uma avaliação geral de todas unidades da ESF, pode-se observar uma certa heterogeneidade na estrutura física entre uma e outra, estando algumas inadequadas e mesmo, em situações precárias para o atendimento a população. Esse fato pode ser justificado quando observa-se a dinâmica do atendimento médico nas ESF, que na maioria das vezes torna-se limitada pela falta de alguns equipamentos específicos, como por exemplo, autoclaves que são fundamentais para a esterilização padrão dos equipamentos, impossibilitando assim alguns tipos de procedimentos que seriam facilmente realizados.

³¹ As referências estatísticas são apontadas nos boletins mensais fornecidos pelos ACS de cada microárea de sua competência. Nos capítulos finais, dedicados especificamente aos resultados do ESF nas áreas estudadas, é flagrante a melhoria dos indicadores gerais de saúde.

11 CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES DA ESF ESTUDADOS

As áreas cobertas pelas unidades da ESF em estudo no município de Santa Cruz do Sul, podem ser localizadas no mapa a seguir

Figura 3 - Mapa produzido por Alexandre Rauber e adaptado por Adriano Kessler Vieira, 2013



Fonte: NGP UNISC, 2013.

11.1 Características da unidade de saúde Bom Jesus e Senai referente a sua localização, suas atribuições, corpo de profissionais, infraestrutura e público alvo

A ESF-Bom Jesus, esta localizada na Rua Lisboa 183, bairro Bom Jesus, já a unidade da ESF-Senai localiza-se na Rua José do Patrocínio 200. O horário de funcionamento de ambas as unidades é pela manhã das 07h45min as 11h45min e pela tarde das 13h00min as 17h00min, sendo que na quintas feiras a unidade fecha as 14h30min para reunião de equipe.

A ESF-Bom Jesus e Senai entre outras atribuições estão centradas na assistência, na promoção e na prevenção de saúde. As atividades desenvolvidas nessa unidade envolvem procedimentos técnicos realizados pela médica, pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem, grupos de apoio à comunidade, onde são ministradas palestras/atividades de prevenção e tratamento de doenças, visitas domiciliares efetuadas mensalmente por todos profissionais da ESF, agendamento de consultas para o monitoramento periódico das populações adscritas a estratégia.

Ambas as unidades são compostas pelos seguintes profissionais: um Médico, uma Enfermeira que desempenha a função de coordenadora dessa unidade, duas Técnicas de Enfermagem, uma Odontóloga, uma Auxiliar de Consultório Dentário e seis Agentes Comunitários de Saúde.

O público alvo que a ESF-Bom Jesus e Senai abrangem é justamente a população da área adscrita, sendo o número de famílias cadastradas no ano de 2013 são de 1.068 totalizando 3.429 pessoas adscritas na ESF-Bom Jesus e 938 famílias e 3.016 pessoas na ESF-Senai.

Quadro 3 - Composição das Equipes de Saúde da Família – Santa Cruz do Sul – 2012

UNIDADE BOM JESUS	UNIDADE SENAI
Pop. Adscrita - 3.429 (2013) - (1068 famílias) <ul style="list-style-type: none"> • 6 Ags. Comunitários Saúde ** • 1 Enfermeira Coordenadora • 2 Técnicos de Enfermagem • 1 Médico • 1 Odontóloga * • 1 Auxiliar Consultório Dentário * 	Pop. Adscrita – 3.016 (2013) - (938 famílias) <ul style="list-style-type: none"> • 4 Ags. Comunitários Saúde ** • 1 Enfermeira Coordenadora • 2 Técnicos de Enfermagem • 1 Médico • 1 Odontóloga * • 1 Auxiliar Consultório Dentário *

* Esses dois profissionais atuantes nas duas unidades estudadas, não foram entrevistados.

** A diferença entre o número de agentes entre as Unidades refere-se à não aprovação de candidatos à seleção realizada recentemente para as áreas.

Buscando conhecer melhor as atividades desempenhadas pelo ACS, que além de exercer uma importante função de elo intermediador entre a comunidade e a ESF possuem outras atribuições de registro e designação e identificação da população, como:

- cadastramento diário das famílias (faixa etária e sexo),
- doenças referidas (alcoolismo, chagas, deficiente, diabético, epilepsia, hipertenso),
- condição referida (gestantes),
- número de famílias cadastradas,
- escolaridade entre sete a quatorze anos,
- alfabetizados quinze anos e mais,
- pessoas cobertas com plano de saúde,
- número de famílias no bolsa família,
- famílias inscritas no CAD-Único,
- tratamento da água no domicílio,
- abastecimento de água,
- tipo de casa,
- destino do lixo,
- destino de fezes e urina,
- presença ou não de energia elétrica,
- mapeamento de sua área por meio de visitas domiciliares,
- acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, com compromisso de desenvolver ações de educação e vigilância a saúde, identificação de famílias e indivíduos expostas a situações de risco ou área que possam oferecer algum risco de saúde, orientação, agendamento e encaminhamento para consultas e atendimento odontológico. Essas informações oriundas dos ACS são de extrema importância, pois trazem uma “leitura diária” da microárea na qual são responsáveis perante os demais membros da equipe, alertando a situação atual, suas necessidades e seus fatores de risco, para posteriormente alimentar o sistema de informação da unidade.

Portanto esse conjunto de informações torna-se uma importante ferramenta para que o gestor e a equipe, juntamente com a população da área, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para que cumpram seu objetivo de melhorar as condições encontradas nas suas áreas de abrangência. O cadastro destas famílias é registrado no **Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)**. O SIAB é, portanto, um sistema de informação que sistematiza os dados coletados, possibilitando a sua informatização e gerando relatórios diários de acompanhamento e avaliação.

Ao avaliar a infraestrutura das duas unidades em estudo, ESF-Bom Jesus e Senai, pode-se observar a existência de unidades com um ambiente aconchegante, com condições de salubridade e conforto, contando com a seguinte divisão geral do espaço interno: uma sala de espera com cadeiras estofadas, televisão, ambiente climatizado, banheiro para deficientes com toda a estrutura preconizada pelo MS. Também possui salas para o atendimento clínico e ambulatorial, uma mini farmácia, para o armazenamento e distribuição de medicamentos destinados aos pacientes que possam necessitar de algum auxílio farmacêutico.

A ausência desta modalidade de atendimento salientada por um dos profissionais da equipe acarreta algumas dificuldades complementares a vários tipos de atendimento e atividades que exigem procedimentos em ambiente especial.

12 A ATUALIDADE DA ESF – ABRANGÊNCIA ATUAL E FORMAS DE ATUAÇÃO

A partir dessas considerações iniciais esse capítulo irá relatar o significado dessa estratégia nas duas unidades estudadas, ESF-Bom Jesus e Senai, a situação de saúde da população adscrita, sua organização durante a execução de suas práticas frente aos problemas existentes, os esforços das equipes de saúde para o enfrentamento de doenças crônico degenerativas, como é o caso da HAS.

A ESF como foi relatada nos capítulos anteriores é considerada como uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o intuito de reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica.

Esta estratégia procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais em uma nova lógica: a da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da “**promoção da qualidade de vida da população**”. Tornou-se uma proposta inovadora na saúde do Brasil, promovendo grandes mudanças na estrutura técnica, política e administrativa. Portanto as diretrizes preconizadas pelo MS pressupõem na vigilância à saúde³², na inter e multidisciplinaridade, na integralidade do cuidado sobre a população adscrita na área de abrangência de suas unidades de saúde.

12.1 Conhecendo a força trabalho que compõem a equipe ESF com relação à prevenção e o tratamento de HAS nas unidades estudadas em SCS

As características profissionais de cada grupo da equipe podem ser observadas e compreendidas na relação entre cada um dos tipos profissionais em relação aos demais. Isto implica a visualização de cada um dos grupos profissionais e do conjunto a partir de um grupo de categorias vinculadas à inserção de cada

³² A Vigilância à Saúde resume em si todo conceito de saúde e conseqüentemente do ato de cuidar, pois antevê a saúde de modo positivo, cuja meta para ser alcançada pressupõe áreas fora do saber específico da saúde como: condições de trabalho, habitação, educação adequada, meio ambiente saudável, equidade no cuidado, etc... É uma proposta de redefinição das práticas sanitárias que se fundamenta no princípio de integralidade, incorporando a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, articulando o **enfoque populacional** (promoção) com o **enfoque de risco** (proteção) e o **enfoque clínico** (assistência), constituindo-se em uma forma de pensar e de agir em saúde, de acordo com a situação de saúde das populações (CAMPOS e GUERRERO, 2010; TEIXEIRA e COSTA, 2003).

grupo no coletivo. Pelo menos duas questões são fundamentais para orientar e organizar esta visualização, a saber:

- Contingente de profissionais (número e características gerais);
- Alinhamento ou dispersão em relação aos princípios programáticos do ESF com relação ao controle e prevenção de pessoas com HAS.

12.1.1 Contingente de profissionais atuantes nas duas unidades de saúde estudadas em SCS

O trabalho em equipe observado nas duas unidades estudadas, ESF-Senai e ESF-Bom Jesus, apresenta um importante papel frente à comunidade adscrita, pois contribui de forma efetiva na racionalização do atendimento à população de suas áreas.

A inversão da lógica que estrutura os elementos pressupostos pela ESF, facilita uma boa relação entre população e o serviço de saúde instaurando um padrão renovado de convívio entre esses dois polos. Assim a clientela adere a este modelo, na medida em que se tem uma relação de confiança mútua.

Importante destacar o significado da boa relação entre os profissionais de saúde da ESF e a comunidade, que propicia a realização de ações mais efetivas nas unidades de ESF, contribuindo para a melhoria da qualidade do serviço prestado a comunidade.

No entanto, foi possível observar durante as entrevistas com os profissionais de saúde, que nem sempre essa relação foi positiva entre as equipes.

Portanto, o conjunto dessas ações, que são resultantes da combinação de diferentes olhares e experiências que são vivenciadas na prática pelos distintos profissionais, é fundamentado nas relações interpessoais construídas diariamente na unidade. Acrescidas essas características à constituição da equipe, mesmo assim há momentos em que as equipes de saúde ao organizarem coletivamente a dinâmica de trabalho a ser desenvolvida na comunidade, surgem divergências de opiniões, de interesses e até mesmo conflitos entre os profissionais da ESF.

“Tem algumas equipes que a enfermeira solicita exames que são preconizados para o pré-natal de baixo risco e exames de gravidez. Existem enfermeiras que assinam a solicitação desses exames, eu não assino, por que estarei assumindo uma responsabilidade que não é minha e sim do médico. E aí, tem os dois lados, tem gente que diz, é a tua função, você

estudou para isso, és capacitada. Observo que a maioria das enfermeiras que tomam essa postura, é por que não tem uma boa relação com o médico da unidade” (Membro da equipe de saúde).

“Aqui dentro da unidade, eu acho que a gente tem uma boa afinidade, embora já houve períodos de conflitos, de forma geral e entre a equipe técnica e os ACS, mas hoje eu não percebo mais isso. Eu percebo situações pontuais, se algum membro da equipe é chamado a atenção, até que ele assimile isso, há uma certa instabilidade emocional, as vezes alguém chora, tem alguma coisa assim, mas acredito que isso é consequência do tempo de convivência, por que a gente fica oito horas aqui” (Membro da equipe de saúde).

Entanto, é por intermédio das suas especificidades e singularidades que a ESF, acaba se diferenciando das outras unidades tradicionais em saúde, como os Postos de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Essa diferenciação pode ser destacada através do relato de um profissional da unidade, que vivenciou em sua carreira, e comparou a dinâmica de trabalho da unidade da ESF de SCS com as unidades de outras cidades, como também as comparou com as UPA. Em vista disso, salientou:

“Como já morei e trabalhei em outras cidades posso realizar uma comparação, aqui nessa unidade ainda se têm a ideia do médico especialista e não é só os pacientes é também a estrutura toda, os nossos gestores, etc... A estrutura é focada no médico especialista, então eu acho isso um limitante bem importante, por que a gente meio que engatinha para essa mudança, onde muitas coisas poderiam ser realizadas aqui na ESF. Noto que possuímos um grande potencial, além da gente ter a universidade, que possui residência em medicina da família, dentro das 10 equipes têm vários médicos com formação em medicina de família com grande potencial, mas tem os limitantes, a gente não tem todo esse apoio e aparato para conseguir deslanchar” (Membro da equipe de saúde).

“Percebo que a ESF, vêm para desafogar outros serviços de saúde do município. Em relação à rede observo que o foco ainda esta no serviço de referência, ou seja, as equipes da ESF trabalham para o Cemai, para o plantão e não ao contrário. Então a ESF ela tem, que fazer 100% de abrangência, porque cada bairro deveria ter a sua unidade e os outros serviços de saúde, e desta forma dar suporte a ESF. Hoje ocorre o contrário, as equipes da ESF trabalha para ajudar e desafogar o “grande”, sendo que no momento que isso mudar com certeza teremos outro padrão de saúde no município” (Membro da equipe de saúde).

Os depoimentos são contundentes na afirmação dos desvios na condução de uma estratégia renovadora. Ao fazer mais do mesmo, ao decidir sobre as formas de atenção moldadas pela lógica prevalecente, a gestão pública faz uma escolha: desconhece os resultados já consagrados pela atuação do ESF no país e opta por

continuar atrelando suas ações de acordo com as convicções do modelo gastador. Neste, o volume é o prevalece.

A gravidade das afirmações e reiteraões dos entrevistados sobre os rumos da Estratégia desenha um retrato inacabado do que significa estruturar a ESF como eixo regulador de novas demandas, com impacto positivo sobre o conjunto dos indicadores de saúde³³.

As equipes de saúde que constituem as duas unidades em evidência apresentam diferentes funções e atribuições no desempenho de suas tarefas. Apesar dessas diferenças, a função de cada membro da equipe deve ser de domínio de todos os integrantes, fato esse que irá minimizar riscos futuros de um profissional esperar que outro desempenhe uma tarefa que não esteja ao seu alcance.

Quanto as competências inerentes à prática clínica, realizada pelo médico da USF, observou-se que estas não estão isoladas, mas sim, subordinadas aos pressupostos da Atenção Básica. Torna-se necessário que a ESF, no desempenho de suas atribuições, adapte-se à uma atividade coletiva através da articulação de saberes dos profissionais, visando a prevenção e promoção da saúde e determinantes sociais da comunidade adscrita.

A dinâmica de trabalho desenvolvida pelo médico da unidade está centrada na assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

Estas atribuições envolvem consultas clínicas e acompanhamento contínuo e integral da clientela adscrita à Estratégia, sendo estes também responsáveis pelo auxílio e pelo monitoramento das atividades educativas desenvolvidas com os ACS, enfermeiros e técnicos de enfermagem, gerando desta forma um melhor gerenciamento dessas atividades durante as intervenções na comunidade.

Retomando a questão estrutural das unidades e da falta de equipamentos salientada anteriormente, um dos profissionais da equipe afirmou que essa é a realidade encontrada em todas as Unidades da ESF em SCS, sendo que há anos,

³³ Com relação à convicção ou falta dela nas gestões de municípios e, mesmo, de governos estaduais sobre os destinos do ESF, é bom lembrar que a estratégia apresenta no país uma atividade que tem modificado de forma decisiva os indicadores de saúde – incluindo Santa Cruz do Sul; portanto, desconhecer ou menosprezar esta realidade implica uma posição política clara contra a saúde da população e indiferença com o significado que ela representa.

tanto as equipes como também a coordenadora da unidade relata ao secretário da saúde, das necessidades e dificuldades de cada unidade. Diante deste fato, a resposta da gestão foi a seguinte:

“Desde que eu cheguei aqui, pressiono muito em relação a isso e no ano passado, uma das nossas “chefas” até prometeu, brincando que mudava de nome se tu até o final do ano não tiver lá com a autoclave. Mas na verdade toda a equipe de gestão sabe o que a gente não tem, sabe que poderia realizar os procedimentos aqui” (Membro da equipe de saúde).

Percebe-se de acordo com o relato acima, que o compromisso da gestão em solucionar problemas pontuais apresentados pelos profissionais das unidades, apresenta lacunas, na medida em que demandas não têm sido encaminhadas de acordo com as necessidades apontadas. Essa perspectiva acaba gerando frustrações e insatisfação entre as equipes de saúde, não só pela impossibilidade de executar algumas ações de uma forma mais resolutiva, mas também pelo desgaste excessivo em que os profissionais sofrem para obter respostas a essas solicitações.

Em relação aos enfermeiros e os técnicos de enfermagem, que apresentam diferentes formações, expertise técnica e vivências em saúde, observa-se que apesar de suas atividades desenvolvidas serem específicas, elas se complementam pela cooperação mútua. Um aspecto a salientar é de que o conjunto de ações desenvolvidas por esses profissionais se aproximam muito das atividades médicas dentro de cada unidade de saúde da ESF.

As atividades desempenhadas pelo Enfermeiro nas unidades de saúde também envolvem uma assistência integral de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, como também sendo responsáveis pelas consultas de enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Outros atributos como: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e coordenar as atividades de educação permanente dos Agentes e da equipe de enfermagem, também são delegados aos enfermeiros das unidades.

Essa ligação entre as atribuições destinadas ao médico, ao enfermeiro e ao técnico de enfermagem foi evidenciada quando o pesquisador visitou e acompanhou a dinâmica de trabalho desenvolvido na unidade.

Toda unidade de saúde da ESF possui dois técnicos de enfermagem, que são pessoas que deveriam ficar na recepção e acolher a clientela que busca utilizar os recursos e serviços de saúde na unidade. Frequentemente, a demanda é alta nas unidades e o suporte técnico não consegue dar conta desse fluxo de pessoas, pois estes também são responsáveis pelos curativos, pelas nebulizações, injeções, vacinas e quando necessário, visitas domiciliares.

Portanto, essas atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem, que na maioria das vezes excedem as suas atribuições, acabam comprometendo a sistemática inicial preconizada pela ESF, que é o “acolhimento”.

O acolhimento é visto pelas equipes da ESF, como sendo uma ação assistencial que pressupõe a mudança da relação entre o profissional e usuário, através de parâmetros técnicos operacionais, humanitários e de solidariedade. Portanto, nota-se que é por intermédio do acolhimento, compreendido como uma diretriz a organizar o padrão de atenção que as equipes irão elaborar e operar suas ações em saúde.

Portanto, esse enfoque assume uma característica central da Estratégia, no sentido de escutar e pactuar respostas conjuntas com a comunidade frente à realidade de cada usuário. A lógica do “ouvir” busca mudar a maneira atual e tradicional de entender e cuidar da saúde, nesse sentido, nota-se que a ESF de SCS, tem como pressuposto ser a porta de entrada dos serviços de saúde do município.

A proposta do acolhimento, quando articulada com outras ações e em sincronia com a gestão municipal, torna-se um importante recurso para a humanização dos serviços de saúde. Essa proposta de atenção ao ser acionada pelas equipes de saúde, somente ganhará sentido, se entendermos como sendo um espaço de transição, entre o contato inicial com o seu usuário e o seu engajamento no tratamento.

Nas duas unidades de ESF, o pesquisador teve a oportunidade de acompanhar os processos destinados ao acolhimento da população adscrita a Estratégia. Nesse sentido foram percebidos alguns pontos de entraves e divergências na forma de perceber essa etapa pelas coordenadoras das duas unidades de ESF.

Uma das coordenadoras da unidade relatou durante a sua entrevista, que a dinâmica de acolhimento deveria ser realizada pela Técnica de Enfermagem, respeitando a seguinte sequencia:

“o paciente chega à unidade, a técnica de enfermagem recebe ele, levando-o para uma sala. A partir desse momento é realizada uma avaliação para diagnosticar o que realmente a pessoa tem” (Membro da equipe de saúde).

Segundo a coordenadora, esse processo não ocorre de forma satisfatória na unidade, relata que as unidades não possuem estrutura física específica e nem profissionais suficientes para a efetuação dessas atividades. Para realizar a anamnese desses pacientes, as equipes utilizam uma pequena sala – “a farmácia”, e lá verificam a pressão arterial e coletam todas as informações referentes ao estado de saúde do paciente. No entanto, as unidades ainda carecem de um espaço apropriado para conduzir um diálogo em ambiente calmo e adequado para esta atividade, considerada o ponto mais sensível do contato dos profissionais com os pacientes. A tarefa é conduzida – segundo reconhecimento dos profissionais – em local que não conta com as especificações necessárias para a importância do contato, considerado como fundamental para o bom andamento do conjunto das responsabilidades em cada caso atendido.

Para solucionar os problemas apresentados nas unidades de saúde, foi perguntado à enfermeira coordenadora, sobre quais seriam as alternativas sugeridas pela Secretaria de Saúde ou pelo MS, para o enfrentamento dessas questões operacionais de trabalho, atualmente vivenciado pelas equipes.

Relataram que:

“o vínculo com o Ministério da Saúde só existe porque é uma unidade de saúde da ESF; então, os gestores do MS, enviam a “verba” para o município, que é depositada tanto por equipe e por mês na conta do município. Entretanto, essa verba depositada segundo os profissionais da ESF, é somente um auxílio, pois não paga nem os profissionais da equipe. Para suprir esse falta de recurso financeiro, o restante o município tem que arcar com tudo. A coordenadora relatou que o município recebe essa verba e utiliza esse dinheiro da forma que quiser, até porque sabem que não será suficiente, então terão que encontrar outra maneira para pagar o salário dos profissionais e os materiais utilizados nas unidades, ou seja, é somente uma ajuda, não é grande coisa” (Membro da equipe de saúde).

Para minimizar o problema da falta de profissionais nas unidades de saúde, a coordenadora já relatou diversas vezes essa situação ao secretário e os gestores da ESF, pedindo que algo seja feito, pois diante desta realidade o trabalho desenvolvido pelas equipes está sendo comprometido e ameaçado de redução da qualidade do atendimento. Diante desse fato os gestores da secretaria de saúde

responderam que poderiam tentar contratar alguém do CIEE³⁴, uma pessoa que possa auxiliar na recepção, mas diante das circunstâncias atuais, essa alternativa ainda é inviável, pela falta de recursos financeiros para a contratação de um auxiliar administrativo.

“A secretaria já foi informado inúmeras vezes das dificuldades e das carências existentes nas unidades. A resposta frente a essas solicitações continua sendo sempre a mesma, não tem recursos para isso, a questão é financeira” (Membro da equipe de saúde).

Por intermédio dos depoimentos, percebe-se que o acolhimento destinado segundo uma das coordenadoras da unidade da ESF, como sendo uma das atribuições da técnica de enfermagem, não deveria ser uma função isolada desse profissional, e sim, existir capacitações destinadas a todos os profissionais de saúde da unidade para estarem aptos a atender e a realizar a “primeira escuta” e a partir daí, coletar todas as informações necessárias dessa pessoa e conforme a sua gravidade, encaminhá-la até o profissional específico.

Durante a vivência prática de observação na unidade, observou-se que o acolhimento, na maioria das vezes, aconteceu de forma insatisfatória, fato esse prejudicado pela escassez de infraestrutura e de profissionais para atender toda demanda da unidade. Noto que ambas as unidades de ESF, possuem estruturas em boas condições para receber e atender de forma eficiente toda a comunidade adscrita a Estratégia. Entende-se que a resposta negativa em relação a infraestrutura e a insuficiência de profissionais na unidade relatada pela coordenação, reflete-se em alguns casos, pelo mau uso desta infraestrutura, já que as unidades possuem salas amplas e boas acomodações e também pela falta de comprometimento observado em alguns momentos durante as falas de alguns profissionais com suas funções/atribuições, com a comunidade e com a ESF.

Em vista disso, percebe-se que o acolhimento somente será bem sucedido, no momento em que todos os atores envolvidos na Estratégia participem de modo intensivo na construção de medidas que venha ao encontro nas necessidades existentes na unidade e na comunidade.

³⁴ O CIEE – Centro de Integração Empresa-Escola é uma associação filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, beneficente de assistência social e reconhecida de utilidade pública que, dentre vários programas, possibilita aos jovens estudantes brasileiros, uma formação integral, ingressando-os ao mercado de trabalho, através de treinamentos e programas de trabalho.

Portanto, a distancia entre a proposta inovadora do ESF e a condução do dia-a-dia, chama a atenção para duas questões: uma, a de reconhecer a importância da ESF como uma proposta inovadora em saúde, resgatando por meio do trabalho em equipe, sua imagem pessoal, o que influenciaria decisivamente na consolidação de uma boa referência institucional e a outra, as dificuldades de várias ordens – materiais, simbólicas e gerenciais – que tornam as intenções da boa abordagem nem sempre operacionalizáveis.

As funções atribuídas para cada profissional de saúde das unidades da ESF, a carga e o volume de trabalho dos diversos trabalhadores, um ponto chamou a atenção do pesquisador, quando foi abordada a relação e a posição hierárquica dos atores envolvidos na Estratégia. Nas duas unidades estudadas, a coordenadora da ESF é a Enfermeira da unidade, sendo responsável por todas as ações propostas pela equipe. Nota-se que nas unidades cada profissional tem suas atribuições específicas, mas quem tem uma posição de chefia da unidade é um enfermeiro coordenador, ao qual os demais trabalhadores deverão se reportar. O gestor responsável pelas 11 unidades de saúde da ESF é a coordenadora técnica dos ESFs. Este profissional tem a função de conhecer toda realidade das unidades, seus problemas, suas dificuldades e necessidades. Ao mesmo tempo responde administrativamente ao Secretário Municipal de Saúde, apesar de os profissionais das ESF, inclusive o coordenador técnico terem um vínculo empregatício com a Casa da Criança, sendo uma instituição assistencial de caráter filantrópico, sem fins lucrativos.

12.1.2 Alinhamento ou dispersão em relação aos princípios programáticos do ESF com relação ao controle e prevenção de pessoas com HAS

Ao analisar a dinâmica de trabalho das equipes nas duas unidades da ESF, foi possível observar várias situações e medidas que os profissionais envolvidos utilizaram para alcançar os objetivos alinhados com os princípios programáticos preconizados pela Estratégia, com relação à prevenção e ao tratamento de pessoas portadoras de HAS.

Partindo dessa análise, o relato a seguir aborda a importância dos profissionais de saúde e do ACS na construção de ações que visem à prevenção e o tratamento de pessoas com HAS, a dinâmica de trabalho dessas equipes, suas atribuições e os

principais determinantes que interferem na efetivação, ou até mesmo no sucesso da ESF, com relação à prevenção de doenças crônicas degenerativas, como é o caso dessa pesquisa, a HAS.

A importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF nas duas unidades estudadas em SCS tornou-se mais visível no momento em que ambos destacaram os efeitos de suas ações na comunidade, no sentido de resolver a maior parte dos agravos da população no seu “nível primário” de atenção. Nesse sentido, foi possível observar a luta dos profissionais na busca de um modelo de assistência em saúde que venha causar impactos positivos na saúde da população em SCS, tentando dessa forma, modificar o modelo prevalente até hoje nos serviços de saúde, em que se ocupa de ações em níveis secundário e terciário.

Esse enfoque permitiu que os profissionais de saúde centrassem suas ações de forma integral e humanizadoras com relação ao trabalhador-usuário, visto que na realidade das suas atividades, as equipes vivenciam questões conflitantes, de violência, de carência por parte da população e algumas dificuldades em dar continuidade às ações de prevenção iniciadas pelas equipes de saúde da ESF, de forma geral e mais especificam com relação à HAS.

“Uma das maiores dificuldades que posso perceber em nossa unidade, é dar continuidade ao tratamento preventivo com os idosos e aposentados que são hipertensos. Esse é o nosso maior público aqui, perfazendo 80% das pessoas que aderem a ESF. A nossa unidade oferece terapias alternativas com grupos de hipertensos, trabalhamos diversas situações para que as pessoas tenham ferramentas para que no seu domicílio, possam buscar escolhas naturais para resolver seus problemas, como é o caso da “dor”. Posso notar que o nosso público busca primeiramente o remédio e depois uma alternativa secundária. Na maioria das vezes eles utilizam diversos medicamentos por conta própria, com o “paracetamol” que aumenta a pressão arterial. Então, a percepção que temos diante desse fato, é que a nossa população ainda está acostumada com uma intervenção médica curativa, culturalmente enraizada em suas vidas, e isso dificulta um pouco nosso trabalho” (Membro da equipe de saúde).

“Aqui na nossa unidade, vivenciamos situações graves, questões que envolvem problemas sociais. Por exemplo, em nossa unidade, temos idosos maltratados, abandonados pela família. Esse é um problema que leva muito tempo para ser resolvido, pois envolve assistente social, secretaria de saúde, em fim, muitas questões burocráticas. Portanto, diante dessa realidade, as nossas ações ficam limitadas, prejudicando assim a continuidade do nosso trabalho” (Membro da equipe de saúde).

“Estávamos discutindo essa semana com os meus colegas de trabalho, sobre um caso, onde a mulher foi expulsa de sua casa, ela não tem onde morar, tem um filho pequeno, conseguiu um emprego, mas está morando de favor em outra casa. Essa mulher agendou uma consulta aqui na unidade, pedindo ajuda, muito nervosa e estressada, relatou que irá perder o seu emprego, pois esta apresentando atestados com muita frequência ao

chefe e seu filho já apresenta sequelas dessas situações de estresse. Então essas duas pessoas até podem pararem no hospital, mas o real problema deles, que é a falta de moradia, não será resolvido. Portanto, essas questões particulares, que envolvem violência, dificilmente serão resolvidas no hospital ou em UPAs. Então enquanto existir essa mentalidade por parte da gestão, de atender em cima de números, e somente “focar a doença” e desconhecer a importância da prevenção, dificilmente a atenção básica atingirá os principais focos e riscos em adoecer no município (Coordenadora da equipe).

Para analisar o trabalho das equipes de saúde da ESF, abordarei inicialmente as atividades desenvolvidas pelo profissional médico e posteriormente a dinâmica de trabalho do enfermeiro, técnico de enfermagem e do ACS nas UEF de SCS, frente à prevenção e ao tratamento de pessoas com HAS.

A dinâmica de trabalho do profissional médico na UBS consiste em atividades de demanda espontânea e programada, encaminhamento dos usuários da ESF a serviços de média e alta complexidade, coordenação de grupos, visitas domiciliares aos pacientes de maior gravidade, reuniões semanais com as equipes e planejamento de atividades educativas a serem desenvolvidas com os ACS.

As atividades cotidianas desenvolvidas pelo médico da unidade são diversificadas, abrangendo tanto o atendimento ambulatorial de adultos, crianças e idosos, atendimento dos “eventuais” casos isolados de pronto atendimento, também realizam pré-natal e monitoram junto com as equipes os casos graves de HAS e Diabetes Mellitus.

Portanto, as consultas médicas, são as principais atividades realizadas pelos médicos nas unidades da ESF, essa dinâmica envolve o atendimento de pessoas de todas as faixas etárias (crianças, adultos, idosos e gestantes). A sistemática do agendamento e do horário das consultas é estabelecida em conjunto com as enfermeiras e técnicas de enfermagem, no sentido de conciliar esses agendamentos com a demanda eventual que ocorre na unidade.

Com relação ao atendimento destinado aos hipertensos, percebe-se que são atividades definidas de forma conjunta entre o médico, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem. Para os pacientes considerados como portadores crônicos com um diagnóstico estabelecido pela equipe, o monitoramento é realizado a cada seis meses, onde o paciente é reavaliado novamente. Nessa avaliação, o enfermeiro ou técnico de enfermagem verifica a pressão arterial e conversa com o paciente sobre o andamento do tratamento. Posteriormente, o paciente é encaminhado ao médico para uma análise clínica, onde serão ajustado, se necessário, os medicamentos.

Esse fato pode ser claramente observado na fala de um membro da equipe de saúde, relatando que:

“Os pacientes retornam à unidade, porque eles precisam da receita do seu medicamento que é de uso contínuo, mas a receita vai durar no máximo os seis meses. Então nesse período ele vai meio a se obrigar a voltar para consultar novamente; então realizamos uma nova avaliação para ver como está a pressão e ver se não precisará fazer exames novamente. Portanto, se o paciente não vier, a gente faz a busca, vai até a casa deles, ver o que está acontecendo. Além dessa dinâmica possuímos grupos de hipertensos, que anos atrás era realizada semanalmente, mas como a demanda é grande de hipertensos, que necessita acompanhamento permanente, tornava-se maçante nosso trabalho e assim optou-se realizá-lo mensalmente” (Membro da equipe de saúde).

Diante do relato apresentado acima, observa-se que a sistemática de trabalho desenvolvida pelos profissionais da Estratégia, apresenta algumas lacunas e deficiências. A partir do pressuposto, que para fazer um bom trabalho na área da saúde e que venha ao encontro dos determinantes preconizados pela Estratégia, a equipe de saúde tem que estar coesa e engajada nas atividades que visem à prevenção. Nessa perspectiva, foi possível observar em uma das unidades de ESF, a ausência de um acompanhamento contínuo e mais frequente aos pacientes hipertensos.

Nota-se que, para dar continuidade ao monitoramento periódico destinado a essas pessoas, os profissionais utilizam uma “estratégia”, por eles definida. Todos os pacientes hipertensos utilizam medicamentos de uso contínuo, sendo assim, necessitam a cada seis meses de uma nova receita para adquirirem esse medicamento. Portanto, é durante esse período, que os pacientes retornam a unidade e são reavaliados novamente. Nessa lógica, os hipertensos ficariam desassistidos durante seis meses até que necessitassem novamente de uma receita, pois não há evidências de comunicação rotineira com os pacientes ou alguma pauta de serviço que estimule o retorno à unidade antes do prazo de seis meses conforme estipulado pela Unidade. Uma das questões que interferem na dinâmica de cuidados dos pacientes hipertensos pela Unidade é – segundo os profissionais – o volume de trabalho em sua área, neste campo de atenção.

Durante as entrevistas com as equipes de saúde frente a essa situação, é que para dar conta da grande demanda existente na unidade e pela carência de profissionais para auxiliar nas atividades, no agendamento e nas consultas que são destinadas aos hipertensos, a solução que encontraram foi estabelecer um período

fixo de tempo para o paciente retornar voluntariamente à unidade. Em casos que exigem um cuidado maior, o médico e toda equipe ficaria monitorando e dando suporte com mais frequência.

Segundo os profissionais de saúde, a dinâmica de trabalho desenvolvido nas unidades da ESF, ainda está vinculada ao tratamento de pessoas que já possuem o seu diagnóstico definido, como é o caso da hipertensão.

Nessa perspectiva, foi possível observar que o esforço de prevenção compõe parte no próprio tratamento desses pacientes – já diagnosticados -, ação justificada pela estratégia de evitar a lesão de órgãos alvo.

Com respeito a ações voltadas para evitar a pressão alta, as equipes não tem uma determinação estabelecida pela Secretaria de Saúde ou até mesmo pelo MS, de como fazer, o que se tem são estratégias de divulgação de situações e grupos de orientação com a comunidade.

De acordo com o relato enunciado pelos profissionais das unidades, o trabalho de prevenção em saúde, assume um caráter não necessariamente priorizado como estratégia fundante das ações da Unidade, mas, antes, representa um conjunto de medidas de variados tipos acionados especificamente para determinados grupos de pacientes, como, por exemplo, estipular algumas visitas de acompanhamento para pacientes – no caso da HAS – considerados como de maior risco.

A probabilidade de surgimento de doenças crônicas degenerativas, como é o caso da HAS, advindas do sedentarismo, entre outras práticas consideradas como nocivas, é amplamente conhecida pelos profissionais das unidades da ESF. No entanto, quando se examina os relatos dos profissionais observa-se que a disseminação das práticas educativas que visem à prevenção, orientadas e desenvolvidas pelas equipes no âmbito familiar, estão praticamente ausentes nas entrevistas com os profissionais da Estratégia. O que se depreende das falas sobre o tema é que o formato de operacionalidade que a Unidade assume não consegue dar conta de um capítulo importante na prevenção da HAS. Pessoas saudáveis – no caso específico, “não portadores de HAS” não tem sido alvo de uma linha de trabalho que gere conhecimento e a produção de práticas saudáveis a partir das noções disseminadas na população-alvo. O que isso significa? O que se depreende é que, a compreensão mais geral ainda prevalente no sistema de saúde de SCS – incluindo as unidades visitadas do ESF – reproduzem práticas ainda alinhadas com o modelo tradicional de atenção, onde a prevenção parece apenas um termo – um

conceito - longínquo e não praticado. Não se trata aqui de produzir uma crítica desconectada dos fatos que revestem a realidade do ESF, mas sim, que passados quase duas décadas e intenso investimento do MS e da sociedade na implementação do ESF, ele ainda apresenta problemas de adequação de princípios e práticas saudáveis junto à população que lhe compete atender.

Além disso, torna-se possível perceber alguns pontos de conflitos, contradições e divergências, entre as falas dos profissionais sobre o significado que foi questionado com respeito às formas de cuidar da população, demonstrando assim, certa fragilidade no desempenho de suas atividades junto à comunidade sob sua responsabilidade sanitária.

O conteúdo que em várias oportunidades aparece nas falas sobre o conjunto das ações e das dificuldades variadas que as equipes enfrentam, pode ser resumida na expressão “fragilidade operacional” que submete e frustra a qualidade do trabalho observada nas duas unidades estudadas.

Um dos pontos a ser avaliado como polêmico nesta construção gerencial de um tema sensível como a saúde, pode ser resultado da própria multiprofissionalidade existente nas equipes de saúde da ESF. As profissões que são convocadas para compor as equipes de saúde, não raro, ainda são formadas em ambientes acadêmicos – com base científica rigorosa, portanto – envolvidas numa configuração cultural de práticas profissionais que se tornaram marcas ritualizadas de trabalho. Cada uma das profissões chamadas para serem aliadas e solidárias numa “equipe” de saúde, se revelam autônomas em seu saber e, a partir desta expressão de seu *habitus*,³⁵ partem do princípio que a lógica organizativa de seu trabalho deve manter-se intocada, – a despeito do chamado para formação de uma lógica de cooperação em equipe – pelo sentido forte que os cânones de cada corporação definem os modos de atuação (médica, enfermagem, odontológica, entre outras).

Nesse sentido, a expressão de Bourdieu sobre o significado do *habitus* torna os coletivos “diferentes”, assimétricos, a partir das perspectivas corporativas de atuação coletiva em coletivos que são orientados a assumir tarefas a serem partilhadas.

³⁵ O conceito de *habitus*, criado por Pierre Bourdieu, aplica-se neste caso em estudo, par a compreensão do que o ESF implica a geração de sua prática inovadora: (...) “uma nova configuração cultural, em que o processo de construção dos *habitus* individuais passa a ser mediado pela coexistência de distintas instâncias produtoras de valores culturais e referências identitárias.” (SETTON, 2002, p. 60).

Neste campo, a socialização do trabalho traz como elemento fundador a recomposição do imaginário sobre os papéis a serem operados pelo grupo. O imperativo da mudança confere a este esforço de reorganização do trabalho em saúde, ainda uma mitologia, em vista do processo ainda contar com uma história recente. A realidade do campo do trabalho em uma iniciativa como o ESF insiste em lidar com pelo menos dois aspectos que corresponderiam às necessidades de êxito na construção do ESF: engajamento da ideia-valor do SUS enquanto prática de atuação inovadora e, a disposição de estabelecer um campo de trocas entre profissionais, de modo que este valor possa resultar em solidariedade no interior de cada equipe e das equipes com a sua população-alvo. No entanto, este é um processo que exige zelo por quem administra o sistema. São várias as estratégias voltadas para dissolver o corporativismo e produzir um alinhamento com o espírito de cooperação, mas elas ainda não são suficientes para dar conta de derrubar barreiras entre as linguagens e os modos de se conduzir profissionalmente em um espaço que se pode denominar de “alternativo”, se este pode ser considerado um valor a aplicar-se sobre o significado nobre do ESF.

Um aspecto prático a ser considerado na verificação da convivência e funcionamento dos vários profissionais envolvidos, tem a ver com a multiplicidade de visões sobre determinadas práticas que deveriam/poderiam ser contempladas como visões parciais e serem consideradas como tal, ao invés de produzir embates explícitos ou silenciosos de crítica ou refutação. Na verdade não existe uma prática absoluta em seus acertos ou em eficácia, mas um variado leque de modos de abordagem que em certos casos podem ser conjugados, propondo uma via alternativa, como produto de cooperação de grupo.

No entanto, o momento da divergência e desacordo não raro se torna improdutivo e polêmico e é nesse momento que poderão ocorrer divergências de opiniões e atritos entre profissionais, tornando assim uma “barreira” limitante para um entendimento conjunto e coerente dos pressupostos básicos da atenção primária. Portanto, é possível perceber, que alguns profissionais desconhecem a verdadeira lógica da “prevenção” preconizada pela Estratégia e seus possíveis impactos na comunidade.

“O meu relacionamento com a médica e com os demais profissionais na minha unidade é muito boa, mas não é com todas as equipes que funciona assim. Existem unidades que existe muito atritos entre os profissionais, já tive a oportunidade de trabalhar com médicos, que não tinha como dialogar,

tornando a sistemática do trabalho pesado e estressante” (Membro da equipe de saúde).

“Na nossa equipe a gente se dá muito bem, nos entendemos às vezes só no “olhar”. Se há alguma divergência durante o desenvolvimento de alguma atividade na unidade, a gente se reúne e conversamos posteriormente. Em relação aos ACS, às vezes ocorre alguns atritos com os demais profissionais, mas no geral o nosso trabalho é tranquilo” (Membro da equipe de saúde).

“Aqui na nossa unidade de saúde, a dificuldade hoje, concentram-se em duas microáreas que estão sem ACS. Então, quando um paciente dessas áreas vem até a consulta médica, percebemos com clareza, que são pessoas desassistidas e por consequência mais descompensados.³⁶ As enfermeiras que já atuam a bastante tempo na unidade, elas possuem, mapeadas as pessoas que são hipertensas ou com alguma patologia mais severa. Então, elas acompanham essas pessoas através da visita domiciliar, para tentar suprir a falta de ACS. A solução que tivemos é trabalhar aos sábados, para cadastrar essas pessoas com HAS, pois a população somente irá procurar o atendimento, justamente por que é estimulado pelo ACS” (Membro da equipe de saúde).

“O relacionamento com a comunidade é aquela história: se está indo no caminho que eles esperam, é tudo de bom. Agora, quando acontece uma situação que é negada um exame ou medicamento, eles acabam se revoltando. Essa situação, várias vezes já ocorreu na nossa unidade, tivemos episódios de pacientes gritando e fazendo escândalos” (Membro da equipe de saúde).

Essa realidade pode ser justificada pelo fato de que o sistema de saúde e suas atividades, distribuído em competências gerenciais variadas pelas três esferas públicas e privadas por muitos anos, reproduziu uma nítida separação entre os profissionais e os pacientes, como também entre as equipes e as comunidades. Portanto para conseguir reestruturar os serviços de saúde, tornou-se necessário a elaboração de planos e ações programáticas conjuntas entre todos os atores envolvidos na Estratégia. Entretanto, essas ações promoveram uma reformulação na estrutura e na divisão do processo de trabalho desses profissionais³⁷.

As características do trabalho de saúde em equipe, são fundamentadas nas relações interpessoais e como tal, geram relações de poder, discordâncias pois perante a essas distinções, a organização coletiva das atividades institucionalizadas pela Estratégia, promovem relações de desejos, interesses individuais, conflitos e “status” de cada corporação de trabalho. Essas características são percebidas com

³⁶ O termo – descompensado – é corrente na linguagem dos profissionais de saúde, para identificar situações de saúde com comprometimentos severos de funções físicas ou mentais por escassez ou ausência de cuidados.

³⁷ Essa situação, também é evidenciada no município de SCS, onde se observou a partir da implementação das 11 unidades de saúde da ESF, mudanças efetivas na utilização dos serviços de saúde pela comunidade e na organização das atividades a serem realizadas pelos profissionais de saúde em cada área de abrangência da Estratégia.

clareza em cada membro da equipe, reflexo esse das suas experiências e vivências adquiridas ao longo de suas trajetórias profissionais.

Durante anos a hegemonia do poder técnico, político e administrativo dos profissionais médicos, se enraizou no setor da saúde em todas as esferas institucionais. Os conflitos entre outros profissionais de nível universitário e médio e das equipes com os ACS era frequente e refletia seriamente na condução do ESF. A categoria formada pelos ACS e o campo de suas relações com os profissionais e as populações, tem sido enfatizadas pela literatura sobre a ESF, como sendo o grupo de trabalhadores mais numeroso nas unidades, perfazendo assim, a categoria com remuneração mais baixa.

Problemas de convivência destes agentes com os profissionais de saúde tem sido reportado no país (Santos *et al.* 2011; Machado, 2006/2007; NESCON/FM/UFMG, 2009), como rotineiros desde a década de 90, quando surgiu o PSF. Nessa época vários movimentos de protesto foram realizados entre os médicos e outros profissionais da área da saúde, que não consideravam os ACS como membros efetivos das equipes de saúde, alegando que essas pessoas não tinham qualificação técnica específica para desempenhar certas funções na área da saúde. Ao questionar os profissionais das ESF sobre essa relação com os ACS, relataram que:

“Eu acho que essa questão já caiu por terra. Se ainda existe algo desse tipo é por que há conflito entre a equipe. É claro que não é qualquer pessoa que esta moldada para ser ACS, tem que ter perfil, como qualquer outro profissional que vai trabalhar em outra área. Portanto, o que existe, são queixas relacionando alguns ACS, alguns são bons, outros ruins. A percepção que tenho disso é a seguinte: se for comprida a determinação de capacitações que os ACS devem ter tudo será tranquilo, só não dará certo, se a gestão não capacitá-los conforme é pedido” (Membro da equipe de saúde).

Ao analisar a importância dos ACS no planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde em cada área da ESF, percebe-se que esse trabalhador tem se revelado um ator fundamental da Estratégia, reconhecido muitas vezes pela equipe, como sendo o “protagonista” da ESF, assumindo assim um papel de extrema relevância nas relações de trocas de experiências estabelecidas entre o “saberes populares” e os conhecimentos médico-científicos dos profissionais de saúde da ESF.

Os depoimentos dos agentes permitem compor um painel sobre o significado de sua atuação na ESF, onde exercem papéis que deveriam ser de responsabilidade dos profissionais de saúde. A literatura sobre ESF está repleta de relatos sobre o valor dessa intermediação entre moradores e equipes (JARDIM e LANCMAN, 2009; BACHILLI *et al.* 2008). No entanto, a despeito dos relatos dos personagens envolvidos nessa dinâmica, é possível compreender aspectos sobre os quais a isenção dos depoentes e sua delicadeza nas respostas não conseguem mascarar a presença de zonas de atrito ou fricção a povoar o dia-a-dia do conjunto das unidades. Neste campo, é inevitável a presença das questões antigas nas relações – hoje certamente atenuadas -, pelo enraizamento da ESF na população, mas que persistem pelas diferenças culturais entre profissionais e “convidados”, os ACS.

Relatos pioneiros (KRUG, 2006) destacam a força do choque cultural entre profissionais e agentes – ainda na década de noventa – onde era inaceitável essa presença sem formação acadêmica a exercer tarefas no campo da saúde.

As indagações variavam de teor, mas tornavam a convivência tensa e os resultados esperados se frustravam em muitos casos.

A pregação dos conselhos profissionais sempre foi contra a corrente integradora de “estranhos” no antigo programa. No entanto, o acultramento se deu a partir da definição cada vez mais clara de atribuições e limites, num campo multiprofissional e encarregado de produzir uma relação nova com a população em termos de atenção à saúde. As razões contrárias sempre foram indicadas como “técnicas”, mas relação aos organismos médicos, por exemplo, sempre tiveram seu zelo dirigido para o que consideravam como sendo o ideal.

“A gente faz a visita domiciliar, onde realizando essa busca ativa de pessoas que estão tomando algum tipo de medicamento, acompanhamos essas pessoas periodicamente, inclusive o numero de pessoas com hipertensão e diabéticos vêm aumentando. A gente fez uma vez o trabalho acompanhado com o enfermeiro em todas as casas, onde a gente descobriu muitos hipertensos, mas o problema é que eles não se cuidam, é difícil de encontrar algum deles que tome o remédio corretamente, que cuide a alimentação e quem iniciem uma prática regular de atividade física”.
(Agente 1)

“O trabalho realizado por nós ACS é muito importante na ESF, uma situação que posso salientar é que a maioria das pessoas são resistentes ao atendimento na unidade, alegando falta de condições, dificuldades econômicas, pouca informação, receio pela dificuldade de ler e escrever. Então como a gente procura atuar? Se é uma pessoa que já é hipertensa, vou lá e visito para ver como está, vou medir a pressão e pergunto se está

verificando com frequência, ver se estão tomando o remédio corretamente, se não estão tomando o remédio, explicar o risco que estão correndo, por que as vezes, eles tomam durante a semana, mas ao final de semana querem tomar uma cerveja, aí não tomam o remédio e tu tem que explicar para eles os riscos que estão correndo” (Agente 4)

Na questão do hipertenso, na minha microárea tem mais idoso, foi bem fácil convencer eles disso, na verdade eles se atrapalham ainda com a medicação, por que são muitos os remédios que eles tomam. Você tem que ter muita paciência, tem que gostar realmente do que faz. Porém se você não tiver o perfil para desempenhar essa função, então você dificilmente conseguirá trabalhar. Em relação ao uso de medicamentos, eles gostam de acumular os remédios em casa, nesse momento noto que eles não estão tomando corretamente, então novamente tenho que explicar a importância de tomá-los corretamente” (Agente 3).

“Eu sou bem mais autônoma durante a realização das minhas atividades como ACS, eu faço os meus relatórios, minhas orientações, eu busco algum assunto referente à saúde na internet, mostro para a médica e para a coordenadora, então eu oriento muito nesse sentido. Eu tenho 70 hipertensos de 180 famílias, é um número elevado de hipertensos, eu já consegui desde maio do ano passado fazer um grupo de caminhada da unidade, 3 vezes por semana, eu acho isso muito bom” (Agente 6).

Esse arranjo de atividades desenvolvidas pelos ACS permite que as ações executadas pelas equipes de saúde, consigam se aproximar da realidade domiciliar, aumentando, com isso a adesão da clientela e a resolutividade dos problemas enfrentados pela população.

“Eu considero os ACS como sendo a **ponte** de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde da ESF. O trabalho desenvolvido pelos ACS é de extrema relevância para a Estratégia dar certo como um modelo inovador em saúde no município. Porém hoje, o nosso trabalho seria muito difícil se não tivéssemos a ajuda desses agentes. Não consigo imaginar uma unidade da ESF, sem um ACS (Membro da equipe de saúde).

Segundo os agentes, durante o desenvolvimento de suas atividades na comunidade, laços de confiança e cumplicidade são fortalecidos entre eles. Considerando que o agente trabalha na mesma área onde reside, compartilhando os mesmos problemas, a mesma cultura, o mesmo contexto físico e social, algumas questões foram abordadas pelos eles, como sendo resultado dessa interação diária com a comunidade.

Entre os depoimentos colhidos são abordados alguns aspectos implicados nesta relação *sui generis* – um indivíduo da população atendida, sem formação técnica de longo prazo, assumindo tarefas e responsabilidades que o tornam um elo articulador do conjunto de atividades – vistos a partir de membro da equipe de saúde:

... por causa desta aproximação, os agentes sofrem certo “abalo psíquico” durante suas atribuições e intervenções nas famílias de sua competência. Fato esse evidenciado no momento em que eles demonstraram impotência e dificuldade de ajudar a resolver alguns problemas que presenciou nas famílias. Essas frustrações e angústias que enfrentam diariamente na comunidade, acabam permanecendo com eles, dentro e fora do ambiente de trabalho, certamente com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (Membro da equipe de saúde).

Os termos utilizados são fortes: “abalo”, “impotência”, “dificuldade”, “frustrações”, “angústias”, formam um conjunto de traços que desenham um quadro, a princípio, preocupante. Parte desta avaliação tem sentido e deve fazer parte do universo mental e das preocupações dos ACS em todo o país, além de ser compartilhado por membros da equipe. No entanto, retomando os princípios que regulam a prática dos grupos de ESF e as razões de sua heterogeneidade na composição do coletivo de trabalho, parecem ainda pouco estimulados nos grupos estudados em SCS. Refere-se aqui aos cuidados que a implementação de uma política pública no nível local, onde o campo das relações de trabalho precisa estar fortemente apoiado, na medida em que sua perspectiva de boa atuação reside no clima de confiança que a coordenação da estratégia tem responsabilidade de manter e aperfeiçoar.

As tensões e frustrações em que os ACS vivenciam, é resultado de uma relação atípica de trabalho. Esses sentimentos ambíguos de tristeza e incertezas apresentados pelos agentes demonstram uma insegurança e, em consequência, expressam formas variadas de sofrimento, decorrentes da própria dinâmica de trabalho e da convivência diária com a população. Pelo fato do ACS morar na mesma microárea de sua atuação, o envolvimento com a comunidade torna-se inevitável, trazendo consigo a intimidade das pessoas, onde novos laços de afetividade são construídos e com isso se misturam novos significados e sentimentos.

No entanto, essa situação pode ser observada através de uma experiência vivenciada por um ACS, que relatou:

“O nosso trabalho como ACS é muito gratificante, porém sofremos um forte desgaste emocional. Pelo fato que o agente está diariamente em contato com as famílias, acabamos se envolvendo intimamente com os pacientes. Eu não tenho vergonha em dizer que já chorei a perda de um paciente, que convivia durante anos, que eram saudáveis e de repente ficaram doentes. Diante dessa situação, eu me sinto impotente e sem reação, pois a minha relação com os meus paciente é muito forte, estou sempre à disposição

deles, tanto durante a semana como também nos finais de semana, e isso acaba gerando um forte vínculo afetivo” (Agente 3).

Portanto, essa tarefa do ACS frente à comunidade, estimula uma importante reflexão sobre a dinâmica de trabalho que está sendo desenvolvida em cada microárea de sua abrangência. Esta análise permite que novos conhecimentos sejam elaborados, incluindo a sua prática diária, como um dos determinantes de seu próprio aprendizado, que auxiliarão na busca de soluções para os diversos problemas identificados na comunidade.

Pelo fato de que os ACS são moradores da mesma área de sua atuação, vivenciando o cotidiano da comunidade, com seus aspectos positivos e negativos, torna-se um ponto chave para a qualificação de ações de saúde que resultem em melhorias efetivas na comunidade.

Assim, no momento em que algum problema é identificado pelo ACS, como é o caso dos hipertensos, o mesmo encaminha o indivíduo à unidade de saúde ou se for possível tenta solucioná-lo imediatamente junto com a técnica de enfermagem que o acompanha nas visitas domiciliares. É por intermédio deste convívio e interação que os ACS acabam se tornando um elo entre a comunidade e a ESF, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

“Às vezes a gente tenta realizar o atendimento por rua, mas isso é conforme a sua demanda, não adianta dizer que vou somente naquela rua, pois tenho outras atividades a serem realizadas. É meio complicado, o certo seria a gente acompanhar os hipertensos uma vez por mês, mas não é o que acaba acontecendo, pois o numero de hipertensos é muito alto. Caso eu notar que a pessoa esta muito mal e que ela não vai por conta própria marcar a consulta, eu mesmo agendo a consulta, informando o dia e a hora e ela tem que ir nessa data marcada. Em situações de gravidade, aí nós acompanhamos com mais frequência, uma ou duas vezes por semana, podendo ainda o médico ir até a residência. A nossa relação com a comunidade é muita gratificante e eles aceitam muito bem, sempre tem aqueles que reclamam, mas são as pessoas que não tem nenhum tipo de doença. Mas a grande maioria vem e perguntam as coisas para a gente, tem alguns que pensam que somos “médicos”, ligam para nós aos finais de semana para dizer como estão se sentindo e sanar algumas duvidas referente aos medicamentos. Nesse momento oriento para procurar um posto de saúde para consultar, porque se está sentindo algo que não é normal tem que averiguar, mesmo assim alguns ainda são resistentes aos medicamentos e ao atendimento, mas notamos que apesar disso, todos têm a consciência do nosso trabalho e com isso somos bem aceitos”. (Agente 4).

“O nosso convívio com as famílias é muito bom, tem muitas pessoas que participam dos grupos de hipertensos, eles escutam nossas orientações, apesar disso não é fácil trabalhar com eles, por que se você for avaliar vem à questão da alimentação e tudo mais. Na verdade eu acho que eles não

estão psicologicamente preparados para assumir uma postura de tomar remédio, cuidar alimentação e fazer atividades físicas regulares” (Agente 1).

A singularidade das falas em sequência representa um painel muito rico de experiência laboral e de sociabilidade e o que ela significa para essas pessoas. Assim, a clareza dos relatos representam nós importantes a serem identificados no conjunto das falas desses agentes, na medida do significado que sua presença e as relações que o enlaçam interferem em ambas as direções: da clientela sobre os agentes e destes, sobre a população cuidada.

Nesse *setting* de relações entre semelhantes/diferentes – ambos são moradores que partilham aspectos de uma cultura urbana cevada nas dificuldades da existência, - se estrutura um campo novo de interlocução: se aproximam pela existência do serviço de saúde que investe em formato novo de atuação; por outro lado, a cultura popular com o contato interessado, tem a oportunidade de recompor ideias, práticas e perceber o significado e o valor da prática de saúde que o ESF e, particularmente, os ACS, que estabelecem um elo que não existe em outra configuração – pelo menos daquele padrão clássico de ação em saúde – onde se instaura a percepção da confiança mútua, que reorganiza o espaço de construção da saúde da população, mesmo que ainda muito esteja por fazer.

Com base na trajetória das atividades desenvolvidas pelos agentes nas suas microáreas de competência, observou-se que a comunidade considera o ACS como membro efetivo da equipe de saúde, sua dinâmica de trabalho permite esse reconhecimento por parte das famílias e suas ações de prevenção e promoção da saúde vão ao encontro das necessidades reais existentes na comunidade.

Segundo as diretrizes preconizadas pelo MS, o ACS é preparado para orientar a população e as famílias sobre os principais cuidados que devem ter com a sua própria saúde e também com a saúde da comunidade, assumindo assim um papel de extrema responsabilidade, de “sujeito educativo”.

Nesse sentido, durante o desenvolvimento das atividades destinadas aos ACS, com relação à prevenção e ao tratamento de pessoas portadoras de HAS, relaram que:

“No início eu achava que tínhamos muita dificuldade com relação aos grupos de hipertensos, fazê-los entender que os grupos são importantes e também necessários, mas agora já melhorou. Na verdade todos os grupos – hipertensos, diabéticos, gestantes, são importantes e preconizados pelo

MS. Diante desse fato tivemos que educar a população com muita paciência e perseverança” (Agente 3).

“Eu acho que a estrutura física poderia ser melhor, apesar de nossa estrutura estar em boas condições. Deveria ter um espaço específico para fazer as reuniões em grupo, por que as vezes a gente acaba usando outros espaços que não são para isso. Outro ponto que dificulta é a estrutura do consultório odontológico, tem alguns aparelhos que faltam, em fim é uma porção de fatores” (Agente 1).

“Não tem nada de impossível, basta querer fazer o trabalho com vontade. Por exemplo, dá para realizar 10 visitas por dia, hoje pode dar, amanhã talvez não mais, pois o MS não preconiza números, eu acho que deve-se atingir metas, se não as pessoas não querem trabalhar” (Agente 6).

Ao considerar os ACS como um dos atores fundamentais no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, algumas questões inerentes à organização do seu trabalho, com relação às doenças crônicas degenerativas, como é o caso desse estudo, a HAS, se faz necessário discutir e analisar.

No entanto, percebe-se que, existem entre as equipes da ESF, diferentes concepções de trabalho, de educação e de saúde, resultantes das diversas experiências adquiridas pelos membros da equipe ao longo de sua trajetória profissional. Contudo, ao abordar a importância do trabalho realizado pelos ACS, tais discussões ganham especificidade e relevância.

A natureza do trabalho e o perfil que a Estratégia exige desse trabalhador, aparecem como elementos fundamentais, quando se debate a sua formação e a sua qualificação. Entanto, para analisar a qualidade do serviço prestado pelos ACS, é necessário discutir o processo de qualificação e aperfeiçoamento desse trabalhador, inserido num quadro de ação coletiva, problematizando o modo de produção de saúde que se quer construir na ESF.

Nessa perspectiva, percebe-se que a qualificação dos ACS antes de qualquer juízo, precisa ser identificada como um eixo organizador das pautas de trabalho coletivo na ESF e, como tal, há um discurso institucional anterior organizado a respeito ³⁸, que compreende o sentido da natureza do trabalho e suas especificidades, de modo a se tornar emulador de capacidades da equipe de saúde. Impossível compreender a irradiação do conceito deste tipo especial de trabalho sem que seja remetido ao desafio que o MS coloca para o sistema de saúde e a

³⁸ Documentos do MS - PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997/DO 247, DE 22/12/97, reforça a afirmação acima.

população: ele é assim porque esta é uma longa experiência ao redor do mundo. Portanto, o que alguém eventualmente coloca como “boa vontade” das autoridades, ao aderir aos formatos das equipes, sua forma de trabalhar e seus desafios, não pode ser colocado como valor especial, se não der conta um compromisso assumido técnica e politicamente frente ao Estado e a população a seus cuidados. Trata-se, portanto, de responsabilidade técnica frente à população a qual deve servir.

No entanto, não há como desconhecer as especificidades de fatores socioculturais que acabam influenciando o julgamento que a sociedade e os próprios profissionais de saúde fazem sobre os ACS e suas capacidades para atuarem como um trabalhador da saúde.

Nessa perspectiva os ACS salientaram que:

“Nós ACS realizamos algumas capacitações internas, com a enfermeira e a médica, a UNISC também auxilia, proporcionando pequenos cursos” (Agente 1).

“A gente tem capacitações com frequência, sobre diversos assuntos pertinentes; a realidade vivenciada por nós em cada área de atuação e desta forma coloca-las em pratica” (Agente 4).

“Durante o ano inteiro a gente tem [qualificação], costumamos dizer que “lá vamos nós novamente para a mesma capacitação”, mas acho que é uma ferramenta muito importante para todos ACS atuarem de forma eficiente” (Agente 3).

“O agente de saúde que iniciou anos atrás que é o meu caso, não tivemos um aperfeiçoamento bom, hoje eu vejo que os agentes que estão entrando, estão mais preparados do que a gente entrou, mas acho que o agente de saúde aprende muito no dia-a-dia. Porque na verdade, cada família que você atende, atuamos de uma forma, até por que no meu ponto de vista o ACS é mais o psicólogo do dia-a-dia, eles querem contar o que esta acontecendo com eles e é a partir desse momento que a gente entra com o trabalho de prevenção” (Agente 1).

“Na minha opinião pessoal, eu acho que o ACS deveria ser melhor capacitado, deveria existir um curso técnico preparatório. A gente tem condições para isso, até mesma para nós termos mais segurança e autonomia e com isso ser mais valorizados financeiramente” (Agente3).

No que refere ao cumprimento das regras de gestão e normas técnicas / operacionais a serem ordenadoras da intervenção social das equipes, observa-se que, durante as atividades desenvolvidas pelos ACS na sua microárea de competência, verificou-se a ausência de uma agenda de trabalho que defina um padrão de procedimentos das tarefas de campo a serem realizadas com o público em geral e com as famílias com portadores de HAS.

O trabalho dos ACS como foi salientado anteriormente, envolve atividades educativas na comunidade. Sendo assim, para exercer essa tarefa, é necessário que o agente esteja em constante processo de qualificação, uma vez que necessita de alguns conhecimentos específicos da área da saúde, que resultarão em argumentos sólidos e consistentes sobre os distintos aspectos a serem abordados nas famílias, com relação à prevenção de pessoas com HAS.

Assim, a inexistência de uma proposta sistematizada pela gestão, para orientar e contemplar as necessidades e individualidades dessa profissão, com relação aos cuidados de pessoas com HAS tende a reduzir para o próprio agente, o valor que se espera de uma unidade de ESF sobre a questão específica dos agravos cardiovasculares – HAS. Se a perspectiva institucional é de que a operação sobre este tema no nível local esteja pautado por um conjunto de regras técnicas geradas pela experiência do país, a partir do MS, atuar fora do alinhamento esperado implica uma “falta” séria na condução do atendimento oferecido. No entanto, a informação mais presente é que no caso da atuação dos ACS, nenhuma medida tem sido providenciada pela gestão da ESF, atendendo à especificidade que exige a qualificação dos ACS com qualidade e consequência, a respeito de seu trabalho com pacientes com pacientes portadores de HAS.

A incorporação de novos conhecimentos aos ACS – como é o caso das atividades específicas e habilidades técnicas a serem desenvolvidas com as famílias hipertensas – há reconhecimento pelas equipes que lacunas existem e a perspectiva é de que sejam incorporadas ao cotidiano de trabalho de todos os trabalhadores envolvidos na ESF. Dessa forma, o aperfeiçoamento do processo de trabalho, com relação ao tratamento e a prevenção de pessoas com essa patologia, terá obrigatoriamente um reforço cognitivo e funcional, tornando os agentes, trabalhadores ativos e participativos nas tomadas de decisões.

Essa perspectiva permitirá que a dinâmica de trabalho desenvolvida pelos profissionais da ESF seja pautada em um “saber” coletivo, onde os agentes consigam se posicionar enquanto membros efetivos de equipe, rompendo-se com o modelo tradicional e verticalizado existentes até hoje na organização das atividades a serem desenvolvidas no setor da saúde.

A integralidade dessas ações, cujo intuito é despertar uma relação inter e transdisciplinar entre os profissionais e os ACS, permitirá que ambos consigam

ampliar seus olhares no sentido de buscar um diálogo coerente para o entendimento dos problemas apresentados em cada área de sua competência.

Levando-se em conta as lacunas ainda existentes, percebe-se claramente os esforços desenvolvidos pelos profissionais de saúde e pelos ACS, com relação à prevenção de doenças crônicas degenerativas. Nota-se também, a preocupação de ambos, na busca de medidas que possam alterar de forma positiva os índices epidemiológicos mapeados em cada território da ESF. Portanto, é por intermédio dos ACS, que os demais profissionais que integram as equipes de saúde, irão obter informação acerca de cada usuário da Estratégia e seu campo de atuação, traçando assim, ações específicas de acordo com as necessidades percebidas em cada território.

Após todos os relatos anunciados pelos profissionais da ESF das duas unidades em estudo, observa-se que o trabalho em equipe no contexto da ESF, ganha uma nova identidade no sentido da divisão de responsabilidade e deveres de cada profissional durante o desempenho de suas atividades na comunidade. Essa concepção integral do trabalho em equipe favorece uma ação interdisciplinar no cuidado da saúde, contribuindo assim para uma abordagem mais ampla e resolutive.

A experiência do pesquisador, enquanto profissional da área da saúde levou a perceber a importância da construção coletiva, baseada nas experiências individuais e cotidianas de cada membro da equipe de saúde, para o enfrentamento dos diversos problemas apresentados nas áreas de sua competência e nas unidades da ESF. Embora, a ESF articule suas ações para substituir o modelo tradicional vigente e hegemônico há anos nos serviços de assistência a saúde no município de SCS, por intermédio de suas práticas de promoção e prevenção, desenvolvidas pelas equipes da Estratégia – com o “foco central no cuidado da família” – durante as entrevistas realizadas pelo pesquisador, com os profissionais da saúde, foi possível perceber que as ações desenvolvidas pelas equipes, ainda não conseguiram contemplar de forma satisfatória³⁹ as necessidades das famílias que apresentavam o diagnóstico de HAS. Nesse sentido, os cuidados de pacientes hipertensos ainda estão sob um formato de cuidado que não contempla a contento os padrões de proteção e acompanhamento que o ESF deveria cumprir.

³⁹ Cabe reforçar o conteúdo dos capítulos anteriores onde, por exemplo, os retornos de pacientes com diagnóstico de HAS, são agendados p/ reavaliação na Unidade a cada seis meses. Tal procedimento implica o distanciamento entre paciente e seus cuidadores para longo tempo.

Percebe-se nos relatos uma fragmentação das ações na comunidade e entre os profissionais das equipes de saúde, criando assim, obstáculos para uma intervenção exitosa e centrada nas reais necessidades de saúde de cada usuário, na qual, a relação familiar pode se constituir como um importante facilitador no processo de conviver com essa doença.

A partir desse pressuposto, para fazer uma boa intervenção nas famílias com HAS, a equipe de saúde e a gestão municipal devem dar conta de alguns princípios que permitam organizar sua abordagem visando o cuidado e a prevenção dessas pessoas.

O que foi observado nas duas unidades estudadas é a inexistência de uma proposta eficaz, que possa abordar não somente o paciente adoecido, mas sim toda a sua família. Portanto, o processo de trabalho das equipes de saúde, deveria estar assentado numa proposta de assistência integral - e inovadora em saúde - que proporcione a corresponsabilização mútua entre os profissionais de saúde e as famílias de sua responsabilidade – para a superação dos gargalos ainda existentes nas unidades da ESF e das práticas de saúde fragmentadas do saber médico-curativo, modelo tão arraigado entre os profissionais de saúde, que na maioria das vezes, não atendem de forma satisfatória as necessidades dos usuários com HAS.

Nessa perspectiva, cabe aos membros das equipes, como também à coordenação da ESF, encontrarem formas inovadoras que reafirmem a qualidade das ações em saúde a serem desenvolvidas na comunidade sob sua competência; fortalecendo o vínculo com a população adscrita à Estratégia.

Os ganhos em saúde e redução de danos poderão ser observados em escala no momento em que as ações destinadas a esse público, os hipertensos – sejam elaborados de forma conjunta com todas as esferas institucionais, detentoras dos principais serviços de saúde do município. Isso significa ampliar o campo de cooperação técnica, mantendo o alinhamento com os princípios que regulam a ESF. Portanto, essa questão implicará de forma decisiva nas tomadas de decisões a serem realizadas pelas equipes de saúde e na conduta que se quer construir entre os profissionais, frente às diversidades existentes na comunidade e nas UBS.

Desta forma, torna-se imprescindível que todos os profissionais assumam uma postura capaz de acolher cada paciente hipertenso que procura a unidade de saúde. Para isso, as equipes deverão priorizar as subjetividades de cada usuário, para

entender o contexto social que esse sujeito está inserido e assim construir estilos de vida mais saudáveis.

A organização das ações programáticas a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde – é resultado dos índices epidemiológicos mapeados em cada área de abrangência da ESF – porém não se pode descartar a existência de situação de adoecimentos, que não são identificados pelas UBS. Essa situação representa uma limitação das ações programáticas, pois outros fatores também podem contribuir para a elevação da Pressão Arterial (PA) - como, por exemplo: fatores psicossociais⁴⁰ - e estresses frequentes observados pelas equipes durante as intervenções na comunidade.

Para alterar essa perspectiva presente nas unidades visitadas em SCS, os profissionais de saúde deverão incorporar em suas estratégias, uma visão mais ampla e resolutiva que possa identificar situações pontuais que poderão desencadear alguma doença futura. Para isso, é necessário um diálogo permanente com os usuários – dentro e fora da UBS - para que o processo de trabalho desenvolvido possa provocar uma intervenção eficaz, frente à realidade vivenciada pelo usuário da unidade. Portanto, é nesse sentido que as equipes deverão agendar e organizar as consultas com os pacientes hipertensos, considerando e incorporando suas peculiaridades e singularidades, como elementos fundamentais para o diagnóstico e para o tratamento de pessoas com HAS.

Por intermédio das observações que o pesquisador realizou durante a coleta de dados nas duas unidades de saúde em estudo, identificou-se que, durante período de funcionamento da unidade, era muito frequente a presença de usuários que apresentavam outros sintomas inerentes a uma crise hipertensiva, como por exemplo: dor na nuca, tontura, cefaleia e náuseas. Esses usuários eram inicialmente acolhidos pela técnica de enfermagem ou pela enfermeira para a realização da triagem – verificação da PA – e dependendo dos valores pressóricos obtidos, eram encaminhados para o médico da equipe e, caso esse profissional achar necessário uma intervenção de urgência, o mesmo era encaminhado para UPA.

Segundo os depoimentos dos profissionais de saúde com relação à dinâmica estabelecida pelas equipes para o monitoramento periódico de hipertensos –

⁴⁰ Os fatores psicossociais estão relacionados com o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, e o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos alcançam ao longo de sua vida e que têm impacto sobre o seu nível de saúde (FLEURY-TEIXEIRA,2009, p. 386).

chamou a atenção do pesquisador – no momento em que os profissionais relataram que: o monitoramento dos hipertensos é realizado a cada seis meses, pois esse seria o período máximo, para o paciente retornar a unidade e requisitar uma nova receita, para a aquisição do medicamento de uso contínuo. Portanto, o fornecimento da receita pelo médico da unidade não pode ser compreendido como uma estratégia internamente imposta pela equipe, para assegurar o sucesso do acompanhamento ao usuário. A meu ver, o medicamento compõe um dos elementos do tratamento da HAS, que agregado a outras atividades preventivas e humanizadoras, poderá estimular mudanças efetivas na saúde e na qualidade de vida desses usuários.

A HAS é uma doença, que necessita de um cuidado que envolva diferentes profissionais da área da saúde e como tal, contribuir para um cuidado específico e singular dos sujeitos, pois envolvem questões mais criteriosas como: acompanhamento domiciliar, alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e uso adequado da medicação prescrita pelo médico da unidade. Portanto frente a essas orientações, percebe-se a falta de uma abordagem que amplie o diálogo necessário sobre os cuidados a serem tomados com a sua saúde. Esse distanciamento percebido pelo pesquisador representa um obstáculo na comunicação entre equipes e usuários, inibindo-os de exporem suas deficiências e necessidade no ambiente onde vivem.

Desenvolver uma prática integradora e comunicativa entre as equipes e com a comunidade seria nesse caso, uma das estratégias fundamentais para o rompimento das “velhas estruturas hierarquizadas” presentes até hoje nos postos de saúde e hospitais. Nessa realidade, o modelo tradicional curativo se fortalece, onde os profissionais envolvidos nesse processo assumem uma “relativa” autonomia durante o desenvolvimento de suas atividades, mas em contrapartida sempre serão subordinados ao fazer do médico. O contrário ocorre quando avaliamos as competências e deveres de todos profissionais inseridos na ESF.

Nessa perspectiva, as relações de poder acabam perdendo o seu valor, seu totalitarismo, enfraquecidos pelas ações comunicativas, pelo acolhimento e pelo vínculo gerado com a comunidade. Torna-se imprescindível que os profissionais tenham um relacionamento positivo, livre de repressões, para que juntos possam desenvolver ações efetivas em prol das necessidades reais encontradas em cada área de sua competência e desta forma, possibilitar que a ESF consiga assumir

cada vez mais uma posição de destaque como sendo um modelo inovador em saúde no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, o objetivo geral foi analisar duas equipes da ESF no município de SCS, suas ações com relação à prevalência de HAS, assim como as representações dos profissionais das equipes estudadas.

As unidades de saúde escolhidas foram: ESF-Senai e Bom Jesus, como sendo as áreas a serem investigadas, simplesmente pelo fato, que ambos apresentam os maiores contingentes de hipertensos adscritos a Estratégia. Este caso instigou o pesquisador para o empreendimento de uma análise do ambiente de trabalho e da qualidade do serviço prestados pelos profissionais de saúde e pelos ACS, aos usuários com HAS.

Portanto, foi a partir desse diagnóstico, que uma série de informações, pertinentes ao tema, se revelaram necessárias para os questionamentos iniciais desta pesquisa. A partir da experiência do pesquisador, adquirida há dez anos na área da saúde, atuando principalmente no campo da preparação física, reabilitação e saúde preventiva, a lida com pacientes hipertensos e cardiopatas, exigia aproximação com um espaço institucional de atenção à saúde em que as questões fossem tratadas a partir de uma referência alicerçada no cuidado que integrasse promoção da saúde, prevenção e tratamento médico. O ingresso no PPGDR foi decisivo para promover um debate e mudança de rumos na forma de abordar os problemas de saúde, abrindo-se espaço para o estudo de um espaço importante da política brasileira – o ESF do SUS. Esta questão relacionada à elaboração de políticas públicas na área da saúde despertou o interesse do pesquisador, para a preparação desta pesquisa, onde o foco principal foi destinado ao entendimento dos princípios básicos da ESF, identificando as prioridades de gestão a partir de seus critérios orientadores e os principais componentes da política da ESF, que a garantem em sua condição de gestão territorializada com relação às estratégias voltadas a prevalência de cardiopatia hipertensiva.

Consequentemente, esse estudo analisou os diferentes processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde e pelo ACS da ESF, durante a produção de ações que venham contribuir para a melhora da saúde e da qualidade de vida de usuários com HAS. Nessa perspectiva, buscou-se compreender os principais aspectos relacionados com a dinâmica de trabalho desses profissionais, descrevendo suas atividades, seus limites e seus avanços e perspectivas com

relação ao cuidado da saúde das famílias adscrita a Estratégia, de forma geral e mais especificamente com relação à população hipertensa.

Entanto, a partir dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas com os grupos de profissionais integrantes da ESF nas duas unidades de saúde estudadas, foi possível observar que todos os objetivos dessa pesquisa foram contemplados e alcançados, na medida em que as falas foram transcritas, as descrições foram ganhando diferentes formatos e dimensões, revelando assim de forma concreta a realidade vivenciada pelas equipes durante o desenvolvimento de suas ações na comunidade.

Esse estudo revelou que as ferramentas utilizadas na estruturação das atividades a serem realizadas pelos profissionais das equipes de saúde da ESF, aos usuários com HAS envolveram diversas atividades, sendo as visitas domiciliares, o mapeamento das áreas de riscos, agendamento das consultas, as atividades educativas e o acolhimento, as atividades mais destacadas pelos profissionais da ESF.

O trabalho em equipe da ESF apresentou importantes mudanças nas práticas de saúde desenvolvidas no município de SCS. Nesse contexto, apesar das diversas formas de assistência a saúde existente no município - a ESF se destaca como uma proposta inovadora em saúde - se desvinculando assim dos demais modelos existentes na região, onde o padrão de assistência ainda é vinculado ao modelo tradicional curativo, onde a hierarquização do trabalho em saúde continua centrado e subordinado ao profissional médico.

Sendo assim, percebe-se que a assistência prestada pelos profissionais da ESF, é resultado de um planejamento coletivo, porém dividida em diversas etapas, a serem realizadas individualmente por cada membro da equipe de saúde, em cada área da Estratégia.

Nessa perspectiva, nota-se que a ESF, apesar de trazer em sua composição, o médico generalista, e as equipes de saúde – formada pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e pelos ACS – o cuidado produzido por essa equipe, com relação ao público hipertenso, ainda apresenta algumas contradições e atritos entre os profissionais. Percebe-se que as atividades desenvolvidas por alguns profissionais de saúde, ainda são dependentes e subordinados a gerência da categoria médica, o que resulta em dificuldades de relacionamento, apresentando alguns pontos de

divergências com relação ao trabalho a ser prestado na comunidade adscrita a Estratégia.

Portanto, a predominância da visão médica, ainda é percebido pelos profissionais como o principal norteador das ações a serem desenvolvidas pelas equipes da ESF na comunidade. Esse fato, observado nas unidades, tornam os demais profissionais com escassa autonomia para desenvolver suas atividades junto à população, onde os procedimentos passam a centralizar o campo tecnológico, reducionista e curativo do médico.

Embora, o acesso dos usuários hipertensos ao atendimento médico, seja necessário – o mesmo dificulta o trabalho da ESF no município de SCS, pois torna a dinâmica de trabalho das equipes de saúde fragmentada – o que prejudica a agilidade de intervenção dos profissionais aos usuários que necessitam de um maior cuidado.

Pelo fato que, todos os profissionais envolvidos na ESF, cumprem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, como é preconizado pelo MS, percebe-se que o médico poderia estar mais engajado e envolvido em outras atividades e não somente as suas atribuições específicas. Além das consultas e dos procedimentos técnicos, os médicos também poderiam auxiliar os demais membros da equipe - no acompanhamento domiciliar, no mapeamento das áreas desassistidas pela ESF, nas capacitações dos ACS e em todos os aspectos que interferem no processo saúde-doença da comunidade.

Entretanto, para reverter esta situação, as equipes de saúde deveriam promover ações educativas e reuniões comunitárias frequentemente – onde o foco principal seria esclarecer a importância do trabalho em equipe - de modo que a população possa perceber que a categoria médica não é um profissional que atua isoladamente, e sim em conjunto com os demais profissionais, e desta forma, estabelecer conexões entre os diversos “saberes”, provenientes de cada profissão, para o enfrentamento dos problemas existentes em cada território da ESF.

Um aspecto a ser destacado, envolve o relacionamento entre os profissionais de saúde e implica consequências na qualidade do serviço prestado nas UBS. Nessa perspectiva, observou-se, por um lado, que, o conjunto de ações desenvolvidas em cada território da ESF, é resultado da combinação de diferentes experiências adquiridas na prática por todos os profissionais – fato esse que pode ser justificado, pelas relações interpessoais construídas no dia-a-dia na comunidade

e na UBS. No entanto, as questões não se concentram apenas neste âmbito; antes. Extravasam o ambiente das unidades e, obrigatoriamente se remetem à gestão do sistema municipal de saúde. A impressão passada pelas equipes estudadas, dão conta de um “apartamento” entre a atividade cotidiana das unidades e o significado que assume a gestão pública com relação a elas. Da gestão pública é exigido um esforço para dar conta das vicissitudes de um modelo gastador e ineficaz, onde os contratos e pactos possíveis ainda são desfavoráveis ao erário municipal.

Se esta é uma realidade dura a ser enfrentada no modelo médico-hospitalar, não menos verdadeiro é o frágil empenho para mudar gradativamente o perfil do modelo, situando-o numa lógica que se defina a partir da lógica do ESF. Neste campo há um silêncio indecifrável.

A partir desta lógica, é possível compreender as muitas dificuldades operacionais das unidades estudadas que, diga-se de passagem, ostentam um empenho muito grande que tem impactado nos principais indicadores epidemiológicos, pelo fruto de seu trabalho. Isso é inegável!

Portanto, a gravidade das afirmações dos entrevistados, retrata a realidade do serviço prestado em saúde em SCS. No campo das doenças crônicas degenerativas – como é o caso da HAS – os profissionais reconhecem os principais fatores desencadeadores dessa doença, principalmente os de natureza comportamental, que envolvem aspectos comportamentais como dieta, sedentarismo e drogas, afirmando que, seriam esses fatores que a ação pública deveria intervir de forma mais efetiva, para diminuir os índices de prevalência dessa patologia nas áreas de maiores riscos.

Nota-se que, em SCS, os esforços para levar informações sobre os principais fatores de risco as famílias da Estratégia e aos grupos mais vulneráveis, com relação à prevenção da HAS, tem sido bem sucedido pelos ACS e pelas equipes de saúde, mas percebe-se que ainda é insuficiente.

Embora fundamental, o conjunto das atividades desenvolvidas pelos agentes e pelas equipes de saúde – informando a população de sua competência, frente aos hábitos que devem assumir, para melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida - ela se tornará insuficiente, se não houver mudanças comportamentais efetivas no estilo de vida dessa população alvo – os hipertensos - e desta forma, contribuir para redução dos índices epidemiológicos dessa doença, em cada área da ESF. No

entanto não reside apenas nesse campo o futuro dos bons resultados descritos em indicadores.

Se por um lado, percebe-se que em alguns casos isolados – algumas famílias hipertensas – nem sempre receberam um atendimento e acompanhamento adequado pelas equipes de saúde, por outro lado este fato pode ser justificado pela escassez de recursos humanos, pela falta de estrutura física e de equipamentos para o monitoramento periódico do público hipertenso, assim como de apoio institucional mais decidido.

Portanto, segundo os profissionais das equipes de saúde, há anos essa situação é relatada e encaminhada à coordenadoria da unidade e ao secretário de saúde do município. Diante disso, a resposta que obtiveram pela gestão, segundo as equipes, é “sempre a mesma”, estamos dentro do que é preconizada pelo MS, a população está adequada.

Diante dessa afirmação, percebe-se que a transformação esperada pela Estratégia e pelas equipes, na assistência em saúde prestada na comunidade, ainda é vista com certo preconceito e resistência por parte dos gestores municipais - apontando desvios na condução de uma estratégia renovadora em saúde – desconhecendo os resultados da ESF já consagrados em vários municípios do país, e desta forma opta em continuar incorporando suas ações de acordo com as necessidades e prioridades do modelo gastador.

A falta de convicção apresentada pela gestão do município de SCS e também pelas esferas estaduais e federais retrata o desconhecimento que ambos têm dos benefícios que a ESF vem promovendo na saúde da população e nos indicadores de saúde no município. Essa realidade observada nas unidades da ESF implica uma posição política contra a saúde da população, menosprezando assim, o importante significado que a Estratégia representa na comunidade.

Esta questão tornou-se visível, no momento em que os profissionais envolvidos nessa Estratégia articularam ações conjuntas, incorporando não apenas novos conhecimentos, mas também integrando diferentes áreas técnicas e profissionais de diferentes formações para solucionar os problemas vivenciados nas unidades e na comunidade. A boa vontade dos profissionais não é fator suficiente para modificar aspectos substantivos que corresponde a faltas, omissões, demoras, promessas, entre outros aspectos.

Os ACS mostraram ser um trabalhador de extrema importância para unidade, sendo reconhecido muitas vezes pela equipe, como o “protagonista” da ESF. O arranjo das atividades desenvolvidas pelos ACS permitiu que as ações promovidas pelas equipes de saúde, conseguissem se aproximar ao máximo da realidade domiciliar, aumentando, com isso a adesão da clientela a ESF e a resolutividade dos problemas enfrentados pela população hipertensa.

Percebe-se que, durante as intervenções dos profissionais de saúde na comunidade – com relação aos hipertensos - ainda prevalece uma visão biologicista e curativa na produção do cuidado a saúde dos usuários com essa patologia, como ênfase no uso do medicamento, sem a preocupação de conhecer a fundo, a realidade e o meio na qual esse indivíduo está inserido.

Apesar das unidades oferecerem grupos de apoio a essas pessoas hipertensas, proporcionando algumas atividades educativas, com o objetivo de alertá-los dos principais riscos que a doença hipertensiva possa desenvolver no organismo, percebe-se que ainda a ESF, nas duas unidades estudadas, padece de plano de ação efetivo com a gestão e a comunidade, na busca resultados expressivos que possam modificar os índices de prevalência dessa doença no município.

Com relação aos processos destinados ao acolhimento da população adscrita a Estratégia, percebeu-se a existência de alguns entraves e divergências na maneira de conduzir essa importante etapa. A falta de estrutura física adequada para o público hipertenso e a escassez de profissionais para essa demanda foram os pontos mais salientados pelas equipes de saúde, como limitantes para uma intervenção inicial com o seu usuário e o seu engajamento no tratamento.

Observa-se que o cuidado em saúde está associado cada vez mais o trabalho em equipe, exigindo de todos os trabalhadores envolvidos, uma boa qualificação - que irá repercutir no desenvolvimento de novas habilidades - para o enfrentamento das diversas situações existentes em cada território da ESF.

A dinâmica de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da ESF, frente à prevenção e ao tratamento de pessoas com HAS, consistiu-se em atividades de demanda espontânea e programada, encaminhamento dos usuários da ESF a serviços de média e alta complexidade, coordenação de grupos para hipertensos, diabéticos e gestantes, visitas domiciliares aos pacientes de maior gravidade,

reuniões semanais com as equipes e planejamento de atividades educativas a serem desenvolvidas com os ACS.

Com relação ao atendimento destinado aos hipertensos, percebe-se que são atividades definidas de forma conjunta entre a equipe de saúde. Os pacientes considerados como portadores crônicos com um diagnóstico estabelecido pela equipe, o monitoramento é realizado a cada seis meses, onde o paciente é reavaliado novamente.

A distância de tempo entre as reavaliações aos grupos de hipertensos representa evidências importantes - a falta de comunicação com os pacientes e um serviço de atendimento efetivo que estimule o retorno do paciente até a unidade - mas segundo os relatos, esses não seriam os problemas, mas sim o grande volume de trabalho nas UBS, nesse campo de atuação.

Em vista disso a observação revelou que a ESF nas duas unidades estudadas, a despeito das dificuldades ainda presentes, promoveram expressivas mudanças na forma de compreender e de conduzir as diversas intervenções em saúde, destinada aos grupos de hipertensos no município de SCS.

Essa realidade representa o caminho a ser percorrida pela ESF, pela gestão municipal e pelo MS – onde a prevenção, o diagnóstico precoce para o controle da HAS – assumem patamares relevantes para a ABS, e ao mesmo tempo, delega responsabilidades a todos os atores envolvidos nos processos destinados a prevenção-cuidado-tratamento de pacientes com HAS.

Apesar de conhecermos a complexidade dos recursos destinados ao controle da HAS – que na maioria das vezes são escassos nas unidades da ESF - é que as equipes de saúde e a gestão, possam articular sua prática a uma coerência com os princípios norteadores da APS. A perspectiva de integralidade – tem como objetivo articular promoção, prevenção e o tratamento de pacientes hipertensos. Percebeu-se, que as unidades de saúde ainda carecem de atividades específicas com os hipertensos, onde os diálogos entre as equipes e com os usuários hipertensos deveriam ser atribuições permanentes nas equipes. Nesse ponto de vista, entende-se que, o tratamento vai além do simples ato de diagnosticar, prescrever e orientar - ele representa outros atributos a serem respeitados pelos profissionais de saúde. O cuidado em saúde apesar de essencial a todo ser humano, exige dos profissionais responsabilidades individuais a cada situação – como é o caso da HAS – atuar com um olhar crítico, frente os diversos determinantes que possam influenciar nos

processos saúde-doença, e desta forma, promover melhoras efetivas na saúde e na qualidade de vida do público hipertenso adscrito à Estratégia.

Enfim, esta pesquisa amplia a observação sobre um teatro de práticas de saúde em um lugar específico: duas Unidades ESF em SCS. O contato com o cotidiano dos profissionais e agentes indica que as propostas preconizadas pela ESF, referente à prevenção e ao tratamento da população hipertensa, atingiu de forma satisfatória e abrangente, áreas e famílias no município de SCS, que há anos estavam desassistidas e desamparadas. A ESF em SCS, apesar de ser, um modelo assistência à saúde ainda “jovem”, já permitiu que muitas mudanças ocorressem, reveladas através de indicadores do sistema, mas, contando decisivamente como o valor das equipes de saúde voltadas para sua responsabilidade com o campo da saúde coletiva. Assim, torna-se visível a proposta de mudança que a ESF traz em sua presença e atuação. O sentido da prática exige a produção de uma nova cultura em saúde, integrando os diversos níveis de prevenção e ações sociais, objetivando a defesa a saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ACHESON, D. **Independent inquiry into inequalities in health**. Stationery Office, Londres, 1998.

APPEL, L. J. Nonpharmacologic therapies that reduce blood pressure: a fresh perspective. *Clin. Cardiol* 1999;22: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 2000; 34:316-9.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro mar./abr, v. 12 n.2:455-464, 2007.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.

_____. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva/Sergio Arouca, São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. **Atenção Primária à Saúde e sua Articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática**. *Revista APS*, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M.C.; MENDIZABAL, H. **Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé**. *Revue Prevenir*, V. 33, p. 77-86, 1997.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):51-60-, 2008

BARATA, R. C. B. Epidemia de doença meningocócica, 1970/1977 aparecimento e disseminação do processo epidêmico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 22 (1): 16-24, 1988.

BARCELLOS, C.; PEREIRA, M.P.B. O território no Programa Saúde da Família. *HYGEIA - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

BARRETO, M. L. *et al.* Mudanças nos padrões de morbimortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. **Physis**, v.3, n.1, p. 126-46, 1993.

BARROS M. E.; PIOLA S. F.; VIANNA S. M. **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. Brasília, fevereiro de 1996.

BARROS, D. F. *et al.* **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto contexto** – enfermagem. Florianópolis, v. 19, n.1 março, 2010.

BAYER, G. F. *et al.* População brasileira no século XX: alguns dados. RADIS/FIOCRUZ: **Dados**, n.2, p.1-8, 1982.

BEDIN, G. A. **Os direitos do homem e o neoliberalismo**. Ijuí: Editora Unijuí, 1997.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R.M.; FONTANA, R.T. **Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Cogitare enfermagem jan/mar 2010; 15(1): 40-7.

BRASIL. Congresso 1990. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde/SNAS. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico Degenerativas. **Programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial**. — Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Avaliação qualitativa do programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.** 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev Bras Saúde Mat. Infant.** 2003; V. 3(2), p. 221-224.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/**Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do Proesf.** Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série pacto pela saúde volume 4. Brasília, p.66, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /** Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRUM, J. L. R. **Organização dos serviços de saúde pública no Rio Grande do Sul, Brasil: anos 1930 e 1940.** Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2004 abril; V. 25(1), p. 70-80.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96:** uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>> Acesso em: 14 fev. 2002.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 5(1), p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas C.M. (orgs) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

CAMPINO, A.C.C.; DIAZ, M.D.M.; PAULANI, L.M.; OLIVEIRA, R.G.; PIOLA, S.F.; NUNES, A. **Poverty and equity in health in Latin America and Caribbean: results of country-case studies from Brazil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Mexico and Peru - Brazil.** Washington: The World Bank (HNP-Health, Nutrition and Population), PNUD e OPAS. 82p. 1999.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: **Interlace Comunicação, Saúde, Educação.** Fundação UNI Botucatu/Unesp, v.5, n.9, p. 133-141, São Paulo, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

_____. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança:** revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa de Saúde da Família: O Agente Comunitário de Saúde como elo integrador entre a equipe e a

comunidade. **Rev. Eletrônica Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade.** RJ, 2007.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde** (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, p.33-53, 2002.

CARVALHO, S. R. CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais.** Cad Saúde Pública; 16:507-15, 2000.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida. Considerações conceituais. *In:* Barata, R. B. (org.) **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.

CASTRO, F.F. **Considerações em torno do problema da reorganização sanitária do estado do Rio Grande do Sul.** Arquivos do Departamento Estadual de Saúde, Porto Alegre (RS) [1945?]; V. 6, p. 1-286.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; VILA, T.C.S.; ALMEIDA, M.C.P. A atenção em saúde mental na estratégia da saúde da família. **Revista eletrônica de Enfermagem**, V. 07, p. 113-117, 2005.

CORTES, S.M.V. **Os serviços de saúde antes de 1940.** Boletim de Saúde, Porto Alegre (RS) 1984 dez;11(2):32-8.

COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COSTA, M. C. N.; TEIXEIRA, M. G. L. C. **A concepção de “espaço” investigação epidemiológica.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 271-279, 1999.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do Programa de Saúde da Família na atuação do Enfermeiro. **Revista de Enfermagem.** UERJ, 2004.

COTRIM, G. **História do Brasil: para uma geração consciente.** 11. ed. São Paulo: Saraiva; 1991. 143 p.

CRFB. Brasília, Senado Federal, 1998.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000.

_____. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças:** o papel da ANS. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção, 1999. In: Czeresnia D, Freitas C.M (org). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DRACHLER. M. L.; CORTÊS, S.M.V.; CASTRO, J.D., LEITE, J.C.C. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, V. 8(2), p. 461-470, 2003.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas em comunicação.** 2 ed. 5. Reimpr.- São Paulo: Atlas, 2011.

ENGELS, F. **A condição da Classe Operária na Inglaterra.** Trad. Rosa Camargo Artigas, Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1986.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 11(3), p. 669-681, 2006.

FARIA, R.M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, Território e Saúde:** contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JR, K.R.; **Alguns Desafios Conceituais e Técnico-operacionais para o Desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial.** **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, RJ, V. 12(1), p. 59-75, 2002.

FIBGE. **Anuário estatístico do Brasil.** — Rio de Janeiro: FIBGE, 1992.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.

FONTANIVE, P.V.N.; KOLLING, J.H.; FONTANIVE, L.T.; **Avaliação de indicadores de internação selecionados e a Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul**, grupo de pesquisa em atenção primária à saúde de Porto Alegre programa de pós-graduação em epidemiologia UFRGS, 2008.

GIL, A.C. **Métodos e técnica de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDBERG, M. Este Obscuro Objeto da Epidemiologia. *In*: COSTA, D. C. (org.). **Epidemiologia: Teoria e Objeto**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

GOMES *et al.* 2009. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde soc.** [online], vol. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.

GONÇALVES, C. W. P. Formação Sócio-Espacial e Questão Ambiental no Brasil. *In*: BECKER, B. *et al.* (org.) **Geografia e Meio Ambiente no Brasil**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC & ANNABLUME, 2002, p. 309-333.

GOULART, F. A., Modelo assistencial em saúde: uma questão política. *In*: **O Município e o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal – Ibam/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. p. 20-22, 1990.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

IBGE 1998. **Pesquisa sobre Padrões de Vida 1996-1997**. Microdados, Rio de Janeiro, em formato CD-ROM.

III Consenso de Hipertensão Arterial. 1998 Fev., [citado em 20 Out. 2003]. Disponível na World Wide Web: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/consenso3/consenasp>>

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade**: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. v. 13, n.28 pp. 123-135, 2009.

KRUG, S. B. F. **Sofrimento no trabalho**: A construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Porto Alegre, 2006.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. Ver. **René**. Fortaleza, v.11, n.2, p 140-151, abr./jun 2010.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LESSA I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, 2001; 8: 383–92.

LIMA, A. N.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizado pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde soc.** [online] 2010, vol. 19, n. 4, pp. 889-897.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

_____. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L.M.; REIS, A.T.; MERHY, E.E. **Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte**. Saúde Debate, V. 24, p. 21-34, 2000.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cadl. Saúde Publica, vol. 18, 2002.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MASSÉ, R. **Culture et santé publique**. Montreal, Gaetan Morin, 1995.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.39-64, 2001.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de

Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. **Distritos Sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO. E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; p.113-50, 1997.

MERHY, EE. **A saúde pública como política**. São Paulo: HUCITEC; 1992. 221 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNESCO. Saúde e Desenvolvimento: Interconexões, Re-Orientação dos Serviços de Saúde e Desenvolvimento Regional. **Projeto de Pesquisa**, 2006. Mimeo.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MS (Ministério da Saúde). **Saúde Dentro de Casa**. *Programa de Saúde da Família*. Brasília. Fundação Nacional de Saúde, 1994.

NEMES, M. I. B. **Ação Programática em Saúde**: recuperação histórica de uma política de programação. Em programação em saúde hoje (Schraiber, L. B., org.), p. 65-116. São Paulo: Hucitec. 1993 (2. ed.).

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):77-87, 2002.

NESCON/FM/UFMG. **Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde**. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Observatório de RH em Saúde NESCON/UFMG, 2009.

NETO, M. M. C. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).

NIETZSCHE, F. **Obras incompletas**. Gaia ciência. São Paulo: Abril cultura, 1983.

NOGUEIRA, R. P. **A saúde pelo avesso**. Natal, RN: Seminare, 2003.

OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRUGGEMANN, O.M., **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: cidade futura, 2001.

PAIM, J. S. **Medicina no Brasil**: De Movimento Ideológico a Ação Política. (mimeo.), 1985.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.7-34.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. **Saúde Coletiva**: Diálogos Contemporâneos. Ijuí: Editora Unijuí, 2005.

ROCKENBACH, L. H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília. V. 38, n. 1. Pp. 49-54, Jan/Mar. 1985.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**. Salvador, Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S.A.S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M.L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1023-1028, 2011

SANTOS, M. **Por Uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, 1978.

_____. **Por Uma Outra Globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2003a.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003b.

_____. **A Natureza do Espaço:** técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, R. M. B. dos. **Projeto qualidade integral em saúde (Qualis):** relato de uma experiência (abril de 1996 a junho de 1999). Dissertação. Faculdade de Saúde Pública, USP, 2001.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Políticas de Saúde RS.** Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/601/?Pol%C3%ADticas_de_Sa%C3%BAde_RS> Acesso em: 15 out. 2013

SECRETARIA MUNICIPAL DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL. **Departamentos.** Disponível em:
<http://www.pmscs.rs.gov.br/index.php?acao=areas&areas_id=17&acao2=conteudo&menus_site_id=241>. Acesso em: 06 out. 2011.

SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SESAB. Secretária de Saúde do Estado da Bahia. **Atenção à Saúde da Família no Estado da Bahia.** Salvador: Sesab, Grupo de Trabalho Modelo Assistencial (documento interno), 1996.

SETTON, M.G.J. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu:** uma leitura contemporânea. Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, Maio/Jun/Jul/Ago 2002 N° 20.

SILVA JR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

SILVA, L. J. Organização do Espaço e Doença. In: CARVALHEIRO, J. R (Org.). **Textos de Apoio:** Epidemiologia I. 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-185, 1985a.

SUTHERLAND R.W.; FULTON, M.J.; Health promotion, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*. CPHA, Ottawa, 1992.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998

_____. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador, CEPS, ISC-UFBa, 2001. 79p.

_____; COSTA, E.A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas**. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

_____. **Modelo de Atenção a Saúde: promoção, vigilância e saúde da família** / Autores: Carmem Fontes Teixeira, Jorge Pereira Solla – Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, F. M. P, DANTAS, J. **Estudos da história do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Moderna; 1979. 205 p.

TEIXEIRA, S. M. F. **Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?** Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 19(1):48-50, jan./mar. 1985

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

TORRES, C. H. **Ensino de Epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(2):429-435, abr-jun, 1998.

TRATADO DE SAÚDE COLETIVA / Gastão Wargner de Souza Campos (*et al.*), São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000. 5:133-149.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VIACAVAL, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (3): 711-724, 2004. Disponível em <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index2v.htm>>.

VIANA A.; HEIMANN L.S.; LIMA L.D.; OLIVEIRA R.G.; RODRIGUES S.H.; Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(Supl):139-51.

VIANNA, S. M.; NUNES, A.; SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIEIRA, A. K. **Alterações Fisiológicas de Hipertensos Submetidos à Hipoxia Aguda**. Monografia. Especialização em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde. UFSM, 2007.

WEST, P.; CULLIS, J. **Introducción a la Economía de la Salud**. Oxford, 1979.

WHO - **Commission on Social and Environmental Determinants of Health: Concept Paper for Discussion**. Mimeo, 14 de junho de 2004.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WORLD BANK. **Brazil: the new challenge of adult health**. — Washington DC: World Bank, 1990.

WORLD BANK. **World development report 1993: Investing in health**. — New York: Oxford University Press, 1993.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**/Robert K. Yin; Trad. Daniel Grassi — 2 Ed. POA: Brookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO A - Avaliação da estrutura e do processo de trabalho

1. Observação dos ambientes de trabalho, a estrutura física do ambiente de trabalho, suas características, aspectos que correspondem à dinâmica do trabalho dos membros da equipe e relação com os membros da equipe, a divisão do trabalho acordada pelas chefias para o grupo, aspectos referentes à escala e cumprimento da carga horária estabelecida pela equipe;
2. Observação das equipes de saúde em sua ação de “campo”;
3. Discriminar as tarefas e responsabilidades dos “agentes comunitários de saúde”;
4. Observação do trabalho dos “agentes comunitários de saúde” no papel de integração da comunidade com as equipes de saúde;
5. Observação das relações internas da equipe multiprofissional;
6. Verificar as estratégias das equipes em campo, com relação à HAS;
7. Verificação de dados relativos a orçamento nas Secretarias Municipais em estudo acerca de: previsão orçamentária, capacidade de infraestrutura existente, profissionais qualificados para atendimento à comunidade, projetos comunitários específicos para o combate a estas patologias.

ANEXO B – Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com membros do ESF sobre estratégias preventivas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

1. Quais são as estratégias de prevenção e tratamento de pessoas portadoras de HAS adscritas a ESF?
2. Como você percebe a proposta de trabalho de uma unidade de saúde da ESF com relação à atuação do serviço público de saúde?
3. Como funciona a dinâmica de trabalho das equipes com relação à prevenção e tratamento de HAS em cada microárea?
4. Como funciona a dinâmica de trabalho dos profissionais das equipes de ESFs, sua divisão de trabalho e seu relacionamento com a comunidade adscrita?
5. Durante o desenvolvimento das atividades em cada unidade de saúde, existe divergência entre os diversos profissionais de saúde, como se dá essa interação entre os profissionais?
6. Podemos evidenciar alguma dificuldade de estabelecimento de plano de ação em comum entre os profissionais de saúde (ESF) e suas populações adscritas?
7. Com relação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF, qual é a sua percepção frente às possibilidades e limites dessa estratégia durante a sua intervenção relacionando-as com as características da população de cada território?
8. Sobre as condições de trabalho, quais são os principais pontos a serem destacados com relação à infraestrutura e capacitação dos profissionais atuantes na ESF?
9. Quais são os pontos positivos (de aproximação) e os pontos negativos (de distanciamento) que podemos identificar nas propostas da ESF?
10. Em sua opinião a política de saúde implementada pela ESF, atende de forma satisfatória as necessidades dos usuários de cada território?
11. Na sua concepção, quais são as responsabilidades e tarefas dos ACS durante o exercício de suas atividades?
12. Ao observar o trabalho desenvolvido pelos ACS, em sua opinião qual é o seu principal papel frente à comunidade?
13. Ao avaliar de forma subjetiva a ESF no município de SCS, em sua análise quais os principais fatores que interferem na efetivação ou até mesmo no sucesso desse programa/estratégia?

ANEXO C – Roteiro de entrevistas semi-estruturadas com os ACS da ESF sobre estratégias preventivas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

1. Quanto tempo/período em que você já atua como ACS na ESF em SCS?
2. Como funciona o processo de seleção para a escolha dos ACS em cada microárea e quais os critérios mais importantes para a sua aprovação?
3. Qual é o vínculo empregatício do ACS com ESF-UBS?
4. Através de suas experiências e práticas como ACS, como você percebe esse trabalho desenvolvido em cada microárea frente à prevenção e tratamento de pessoas portadoras de HAS?
5. Como funciona a dinâmica de trabalho de cada ACS com relação à prevenção e tratamento de HAS em cada microárea?
6. Ao relatar as atribuições específicas do ACS, em sua opinião qual seria o principal papel frente à comunidade adscrita a ESF?
7. Durante o desenvolvimento das atividades em cada microárea, de que forma a comunidade percebe esse trabalho dos ACS?
8. Com relação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF, qual é a sua percepção frente às possibilidades e limites dessa estratégia durante a sua intervenção, relacionando-as com as características da população de cada território?
9. Referente às condições de trabalho, quais são os principais pontos a serem destacados com relação à infraestrutura e capacitação dos profissionais atuantes como ACS?
10. Em sua opinião como ACS, a política de saúde implementada pela ESF atende de forma satisfatória as necessidades dos usuários de cada território?
11. Na sua maneira de ver, quais são as responsabilidades, tarefas e limite entre suas atribuições com as específicas de outras profissões de saúde durante o exercício de suas atividades?
12. Uma questão que foi pauta de várias discussões no final da década de 80 sobre os ACS pelos diversos profissionais da saúde (psicologia, medicina, nutrição), questionando a atuação dos ACS, - pelo fato que o ACS é uma pessoa da comunidade e também não possui uma formação específica na área da saúde, na época gerou muitos conflitos e contradições entre os membros das equipes da ESF - diante desse fato, como é visto o trabalho desenvolvido pelos ACS pelos demais profissionais da saúde, e como se dá a relação entre ambos em cada UBS da ESF/SCS?
13. Referente à sua rotina de trabalho desenvolvida em cada microárea, como ela é pensada?
14. A partir de seu ponto de vista quais seriam os principais fatores que possam interferir ou até mesmo beneficiar no sucesso dessa estratégia no município de SCS?

ANEXO D - Quadro descritivo das áreas cobertas pelos ACS - SENAI

(Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de SCS/2013)

Localização na Área	Endereço da microárea
MICROÁREA 1 (ACS - 1)	D. PEDRO II: nº 61 ao 121, lado D.
	SÃO JOSÉ: nº 2552 ao 2750, lado E.
	CASTRO ALVES: nº 795 ao 1003, ambos os lados.
	GASPAR BARTHOLOMAY: nº 286 ao 530, lado E.
	JOSÉ DO PATROCÍNIO: nº 42 ao 266, ambos os lados.
	HERCULANO DIAS: toda a extensão.
	EDUARDO KAEMPF: toda a extensão.
	CARAMURU: nº 23 ao 71, lado D.
	LINDOLFO COLLOR: nº 27 ao 241, lado D.
PRINCESA ISABEL: nº 323 ao 465, lado D.	
MICROÁREA 2 (ACS - 2)	D. PEDRO II: nº 26 ao 130, lado E.
	CARAMURU: nº 6 ao 72, lado E.
	IPIRANGA: toda a extensão.
	AMAZONAS: nº 136 ao 300, ambos os lados.
	FELICIANO BARBOSA: nº 261 ao 405, lado D.
	JOSÉ DO PATROCÍNIO: nº 281 ao 493, lado D.
	CASTRO ALVES: nº 976 ao 1275, ambos os lados.
SÃO JOSÉ: nº 2784 ao 3026, lado E.	
MICROÁREA 3 (ACS - 3)	FELICIANO BARBOSA: nº 280 ao 516, lado E.
	CLEÓBIS FONTOURA: toda a extensão.
	JOSÉ DO PATROCÍNIO: nº 521 ao 799, lado D.
	CASTRO ALVES: nº 1285 ao 1565, ambos os lados.
SÃO JOSÉ: nº 3056 ao 3318, lado E.	
MICROÁREA 4 (ACS - 4)	PRINCESA ISABEL: nº 324 ao 454, lado E.
	AMAZONAS: nº 04 ao 96, ambos os lados.
	FELICIANO BARBOSA: nº 18 ao 224, ambos os lados.
	LINDOLFO COLLOR: nº 324 ao 529, lado D.
	CONSELHEIRO SIMÕES PIRES: toda a extensão.
JOSÉ DO PATROCÍNIO: nº 324 ao 590, lado E.	
MICROÁREA 5 (ACS - 5)	QUARAI: toda a extensão.
	LINDOLFO COLLOR: nº 38 ao 248, lado E.
	JOÃO MARTIN BUFF: nº 20 ao 278, ambos os lados.
	JOÃO MARTIN BUFF: nº 330 ao 418, lado E.
	EVARISTO ALVES DE OLIVEIRA: toda a extensão.
	HELMA E. BARBOSA: toda a extensão.
	GASPAR BARTHOLOMAY: nº 192 ao 232, lado E.
	PRINCESA ISABEL: nº 38 ao 151, ambos os lados.
	PRINCESA ISABEL: nº 207 ao 299, lado D.
JOSÉ KOELZER: nº 19 ao 213, lado D.	
MICROÁREA 6 (ACS - 6)	JOSÉ KOELZER: nº 8 ao 204, lado E.
	BELA VISTA: toda a extensão.
	PRINCESA ISABEL: nº 198 ao 302, lado E.
	JOÃO MARTIN BUFF: nº 191 ao 447, lado E.
	JOÃO MARTIN BUFF: nº 451 ao 735, ambos os lados.
LINDOLFO COLLOR: nº 318 ao 504, lado E.	

Quadro descritivo das áreas cobertas pelos ACS – Bom Jesus

Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de SCS/2013

Localização na Área	Endereço da microárea
MICROÁREA 1 (ACS - 1)	PE.LUIS MULLER: nº 19 a 203, ambos os lados.
	AV.GASPAR BARTOLOMAY: nº 584 a 1388, lado E.
	RUA PORTUGAL: nº 32 a 138 ambos lados, nº 148 a 230 lado E.
	LISBOA: toda extensão.
	SÃO JOSÉ: uma quadra lado D, nº 2253 a 2633.
	MADRI: lado E, duas casas nº 38 e 38 fundos.
	RESIDENCIAL GASPAR BARTHOLOMAY: toda extensão.
	AUGUSTO RAFFLER: nº 26 a 108 lado E.
PARÁ: nº 280 a 412 – ambos os lados.	
MICROÁREA 2 (ACS - 2)	D.PEDRO II: nº 545 a 811, ambos os lados;
	MARCILIO DIAS: nº 428 a 675 ambos os lados;
	CORREDOR MULLER: nº 456 a 664, lado E;
	RUA PORTUGAL: uma quadra, lado D, nº 181 a 213 ;
	MADRI: nº 80 a 280, lado E;
AUGUSTO RAFFLER: nº 23 a 165, lado D.	
MICROÁREA 3 (ACS - 3)	RUA AMAZONAS: nº 725 ao 981, ambos os lados.
	PE. LUIS MULLER: nº 351 ao 541, ambos os lados.
	ARGENTINA: nº 189 ao 265, lado E.
	TRAVESSA HONDURAS: toda extensão.
	VASCO DA GAMA: nº 21 a 125 lado E e do nº 150 ao 238.
	RUA MONTEVIDEU: uma quadra lado D, do nº 291 ao 349.
	CHILE: nº 25 a 120, ambos os lados.
	TRAV.CARLOS HOPPE: uma casa nº 107.
	RUAB CARLOS HOPPE: nº 54 a 72, um lado.
	TRAV. PRFESOR.ANTÔNIO B. ENGLER lado E, nº 18 a 58.
	RUA ERNA T. SCHAEFER: ambos os lados, nº 145 a 205.
PE. JOSÉ HUMBERTO VIEHOFF: toda extensão.	
BRUNO AGNES: nº 124 a 275, ambos os lados.	
MICROÁREA 4 (ACS - 4)	BRUNO AGNES: nº 360 a 801, ambos os lados.
	URUGUAI: toda extensão.
	MONTEVIDEU: nº 25 ao 228, ambos os lados, nº 294 ao 376 lado E.
	RUA BENO J. EICK: toda extensão.
	VASCO DA GAMA: lado E, nº 36 a 122.
	TRAV. PROFESSOR ANTÔNIO B. ENGLER: duas casa, lado D, nº 374 ao 376.
	ARGENTINA: nº 77 ao 168, ambos os lados.
	RUA CHILE: nº 152 a 356, lado E, mais condomínio fechado ao lado Escola Alfredo Kliemann, lado D.
MICROÁREA 5 (ACS - 5)	PETRÓPOLIS: nº 03 a 65, ambos lados.
	SÃO JOSÉ: nº 2895 a 3377, lado D.
	AMAZONAS: nº 348 a 659, ambos lados.
	BECO DO CAQUI: toda extensão.
	CORREDORMULLER: nº 199 a 388, lado E.
	MARCÍLIO DIAS: nº 166 a 360, lado E.
RUA ARGENTINA: nº 24 ao 72, lado E.	
MICROÁREA 6 (ACS - 6)	D.PEDRO II: nº 160 a 511, ambos lados.
	MARCÍLIO DIAS: nº 13 a 377, lado D e do nº 28-140 lado E.
	SÃO JOSÉ: nº 2657 a 2849, lado D.
	TRAV.KAPPAUN: toda extensão.

**ANEXO E - Fotografia aérea com demarcação da área da Unidade de Saúde -
Bom Jesus e suas microáreas de abrangência**



Fonte: Foto tirada na UBs /ESF- Bom Jesus, dia 21/02/2013.

ANEXO F - Demarcação espacial da Unidade de Saúde - Senai e suas microáreas de abrangência em mapa urbano de Santa Cruz do Sul



Fonte: Foto tirada na UBs /ESF- Senai, dia 21/02/2013.

ANEXO G - Plotagem das residências existentes segundo agravos de saúde – identificados por cores - em cada microárea da Unidade de Saúde Bom Jesus



Fonte: Foto tirada na UBs /ESF- Bom Jesus, dia 21/02/2013.

A cor rosa – representa as famílias com HAS

A cor vermelha – representa as famílias com Diabetes

A cor marrom – representa as famílias Acamadas

A cor roxa – representa as Gestantes

A cor verde – representa a Criança de Risco

A cor amarela – representa as famílias com Tuberculose e Hanseníase

A cor azul – representa Criança menor de 1 ano