

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Milena Lopes Santana

**DEMANDA ESPONTÂNEA E PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINDAMONHANGABA**

Taubaté – SP

2008

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Milena Lopes Santana

**DEMANDA ESPONTÂNEA E PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINDAMONHANGABA**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Título de Mestre no Mestrado em Gestão e
Desenvolvimento Regional do Departamento
de Economia, Contabilidade e Administração
da Universidade de Taubaté – UNITAU
Área de concentração: Planejamento e
Desenvolvimento Regional
Orientadora: Prof. Dra. Vera Lúcia Ignácio
Molina

Taubaté – SP

2008

MILENA LOPES SANTANA

**DEMANDA ESPONTÂNEA E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINDAMONHANGABA**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Título de Mestre no Mestrado em Gestão e
Desenvolvimento Regional do Departamento
de Economia, Contabilidade e Administração
da Universidade de Taubaté – UNITAU
Área de concentração: Planejamento e
Desenvolvimento Regional
Orientadora: Prof. Dra. Vera Lúcia Ignácio
Molina

Data: 5 março de 2008

Resultado: APROVADA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina, pela Universidade do Estado de São Paulo.

Assinatura:

Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos, pela Universidade de Taubaté.

Assinatura:

Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, pela Universidade de São Paulo.

Assinatura:

Ao Tempo.

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu” ...
uma etapa vencida. “Há tempo de nascer e tempo de morrer” ... uma nova vida.*

“Tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou” ... um novo amor?

“Tempo de matar e tempo de curar” ... uma doença superada.

“Tempo de derrubar e tempo de edificar.” ... uma mulher.

“Tempo de chorar e tempo de rir” ... um novo lar.

*“Tempo de estar calado e tempo de falar” que
aqui jaz ‘em outros mundos que não o real’.*

Que proveito tem o trabalhador naquilo

em que trabalha? Tenho visto o

trabalho que Deus deu aos

filhos dos homens

para com ele os

exercitar ...

mais

uma

missão.

À minha Luiza,

Por ter me levantado quando eu caí,

Por ter me apoiado quando eu estava só,

Por ter acreditado em mim, quando eu mesma duvidei,

Por ser a razão do meu existir e da minha alegria de viver.

Por todas as vezes em que ouvimos juntas “High School Musical”.

Por ser minha filha, minha amiga, meu anjo da guarda ... minha eterna gratidão.

Amo você hoje e sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a meus anjos da guarda aqui da terra:

Família, minha fundação,

Avó e tia, meus pilares,

Amigos, meu teto,

Mestres, cada entrada,

Terapeutas, as janelas de minha alma,

Antigo companheiro, meu jardim.

Nomeá-los levaria ao risco de esquecer alguém,

E todos foram tão bons comigo!

Ajudaram-me a construir um lar

E um projeto de vida,

Afinal, por que caímos, se não para aprender a levantar?

A todos, meu muito obrigada, Milena.

O sujeito, tal como defendido por Bardiou, é um sujeito capaz de tornar-se imortal pela sua capacidade de ser fiel a uma verdade, alguém que possui um único imperativo: continuar. *“Continuar a ser esse sujeito que ele se tornou. E, por meio disso mesmo, continuar a fazer advir uma verdade”*.

RESUMO

A partir de pesquisa qualitativa embasada na Triangulação de Métodos, objetivou-se avaliar a percepção de gerentes, técnicos e usuários de quatro unidades de saúde de Pindamonhangaba, quanto à condução da demanda espontânea, no intuito de averiguar se ela está contemplada no Planejamento Estratégico Situacional. Foram encontradas as seguintes estruturas de análise relacionadas à condução da demanda espontânea: acolhimento, processo de trabalho, registros, prioridades, planos, comunicação e educação permanente. Os momentos explicativo, normativo, estratégico e operacional foram os temas pertinentes ao planejamento estratégico. A análise das falas sugere que o processo de trabalho é fragmentado, hierarquizado e centrado no enfermeiro. As prioridades de atendimento não se dão por meio de critérios técnicos, mas pelo senso comum, o que resulta no descontentamento do usuário e na oferta de assistência de baixa qualidade. Os profissionais envolvidos não promovem processo comunicativo capaz de uniformizar a linguagem, útil na elaboração de um objetivo comum. Não há, portanto, sinergia da equipe para o alcance de melhores formas de se conduzir a demanda espontânea, as quais resultam de um plano mental, da “tentativa e erro” e da experiência cotidiana, em detrimento a um pensamento estratégico. O estudo revela que o atual modelo de gestão carece ser revisto, sob o risco de comprometer o desenvolvimento sócio-regional, e propõe a implantação de educação permanente para os trabalhadores de saúde do município, com ênfase no planejamento estratégico, na apropriação e reinterpretção das características do território e situações vivenciadas.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Estratégico Situacional. Estratégia gerencial. Programa Saúde da Família. Demanda espontânea. Acolhimento.

ABSTRACT

From a qualitative research based on a Method Triangulation, it was focused on evaluating the perception of managers, technicians and users of four (4) Health Units of Pindamonhangaba, as to the spontaneous demand conduct, to analyze if they have been pondered on the Situational Strategic Planning. The following Analysis Structures have been found related to the spontaneous demand conduction: welcoming, work process, records, priorities, plans, communication and permanent education. The explanative, normative, strategic and operational moments have been the themes apt to the strategic planning. The speech analysis suggests that the work process is fragmented, hierarchical and focused on the nurse. The assistance priorities do not occur by means of technical criteria, but by common sense, which results in a discontented user and in a poor quality assistance. The professionals involved do not promote a communicative process able to unify the language, useful in the elaboration of a common aim. There is not, therefore, a team synergy to achieve the best ways of conducting the spontaneous demand, which result from a mental plan, of attempt and failure and from everyday experience, to the detriment of a strategic thought. The study reveals that the present management model needs to be reviewed, under the risk of compromising the social regional development and it proposes the permanent education implantation to the health workers in the municipality, emphasizing the strategic planning, appropriation and reinterpretation of the territory features and experienced situations.

KEY WORDS: Situational Strategic Planning; Managerial strategy; Family Health Program; Spontaneous Demand, Welcoming.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Exemplo de problemas de saúde na Atenção Básica	66
QUADRO 2 -	Caracterização da amostra qualitativa do estudo	82
QUADRO 3 -	Relação de temas a serem abordados nas entrevistas	84
QUADRO 4 -	Dados cadastrais das unidades de saúde referidos pelos gerentes e consolidados pelo SIAB	90
QUADRO 5 -	Estruturas de análise e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	93
QUADRO 6 -	Estrutura de análise “acolhimento” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	94
QUADRO 7 -	Estrutura de análise “processo de trabalho” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	97
QUADRO 8 -	Estrutura de análise “prioridades de atendimento” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	105
QUADRO 9 -	Estrutura de análise “planos traçados” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	106
QUADRO 10 -	Estrutura de análise “registros” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	107
QUADRO 11 -	Estrutura de análise “capacitação” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	109
QUADRO 12 -	Estrutura de análise “comunicação” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	110
QUADRO 13 -	Estruturas de análise e categorias relacionadas ao PES, encontradas nas falas dos atores sociais	113

QUADRO 14 -	Estrutura de análise “momento explicativo” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	114
QUADRO 15 -	Estrutura de análise “momento normativo” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	117
QUADRO 16 -	Estrutura de análise “momento estratégico” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	118
QUADRO 17 -	Estrutura de análise “momento operacional” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais	119

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Representação do método triangular: unidades de saúde da família e seus respectivos atores sociais.....	94
FIGURA 2 -	Representação do método triangular.....	113
FIGURA 3 -	Representação dos atores sociais e sua participação em cada momento do PES	121
FIGURA 4 -	Relação do PES com a condução eficaz da demanda espontânea	123
FIGURA 5 -	Representação ideal para a comunicação entre as equipes	136
FIGURA 6 -	Representação do processo comunicativo na condução da demanda espontânea nas unidades de pequeno porte	143
FIGURA 7 -	Representação do processo comunicativo na condução da demanda espontânea nas unidades de grande porte	144
FIGURA 8 -	Processo de trabalho fragmentado entre os diversos profissionais da saúde	150
FIGURA 9 -	Relação da condução da demanda espontânea com o PES	162

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Parâmetros para a classificação do município por dimensões do Índice Paulista de Responsabilidade Social, segundo categorias	74
TABELA 2 -	Número de profissionais de nível universitário e médio ocupando o cargo de gerência nas ações de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância à Saúde, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados	75
TABELA 3 -	Distribuição da amostra qualitativa de profissionais selecionados para a realização das entrevistas do estudo	81
TABELA 4 -	Distribuição de usuários selecionados para a realização das entrevistas do estudo	81
TABELA 5 -	Identificação dos atores sociais das unidades selecionadas	91

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CODIVAP – Consórcio de Desenvolvimento Integrado do Vale do Paraíba

ESF – Estratégia Saúde da Família

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IRPS – Índice Responsabilidade Social

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAEG – Plano de Ação Econômica do Governo

PES – Planejamento Estratégica Situacional

PIB – Produto Interno Bruto

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PSF – Programa Saúde da Família

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

VD – Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Natureza do problema	19
1.2	Objetivos	20
1.2.1	Objetivo geral	20
1.2.2	Objetivos específicos	20
1.3	Delimitação do estudo	21
1.4	Relevância do estudo	22
1.5	Organização do trabalho	23
2	REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1	Retrospectiva histórica que culmina na construção do Sistema Único de Saúde	24
2.2	Da criação do Sistema Único de Saúde ao Programa Saúde da Família	28
2.3	O Programa Saúde da Família - PSF	31
2.4	A demanda espontânea (o acolhimento) no Programa Saúde da Família	37
2.5	O acolhimento na prática de uma unidade saúde da família	44
2.6	O gerente e os processos de trabalho, comunicativo e de educação permanente	47
2.6.1	Papel gerencial	47
2.6.2	Processo de trabalho	50
2.6.3	Processo comunicativo	52
2.6.4	Educação permanente dos recursos humanos	55
2.7	Planejamento Estratégico Situacional – PES	57
2.7.1	Momentos do Planejamento Estratégico Situacional: explicativo, normativo, estratégico, operacional	62
3	PROPOSIÇÃO	68
3.1	O município de Pindamonhangaba	72
4	MÉTODO	76
4.1	Estudo de caso qualitativo	78
4.2	Atores sociais contemplados no estudo	80
4.3	Roteiro de entrevista	82
4.4	Tratamento de dados	85
5	RESULTADOS	87
5.1	Espaços de análise	88
5.2	Delineamento do perfil dos atores sociais	91
5.3	Condução da demanda espontânea	93
5.4	Planejamento Estratégico Situacional	112

6	DISCUSSÃO	122
6.1	Diagnóstico, prioridades e planos	123
6.1.1	Prioridades	124
6.1.2	Planos	128
6.2	Registro das informações e formulação dos objetivos	131
6.3	Processo comunicativo e educação permanente dos recursos humanos	135
6.3.1	Perfil gerencial e processo comunicativo	135
6.3.2	Capacitação profissional	145
6.4	Acolhimento e processo de trabalho	148
6.4.1	Processo de trabalho	148
6.4.2	Acolhimento	155
6.5	Condução da demanda espontânea e sua relação com o Planejamento Estratégico Situacional	161
7	CONCLUSÃO	169
	REFERÊNCIAS	179
	APÊNDICE 1 Exemplo de algumas perguntas a serem feitas para o gerente na ocasião da entrevista	189
	APÊNDICE 2 Exemplo de algumas perguntas a serem feitas para o técnico na ocasião da entrevista	192
	APÊNDICE 3 Exemplo de algumas perguntas a serem feitas para o usuário na ocasião da entrevista	195
	ANEXO A Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006	197
	ANEXO B Indicadores de Saúde de 2003 formulados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica	203
	ANEXO C Indicadores selecionados pelo cadastro das famílias dos SIAB pelos relatórios de assistência à saúde	206
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e CEP No. 0173/07	208

1 INTRODUÇÃO

Saúde Pública é uma das formas organizadas pela sociedade de proteger e promover a saúde da população. Por meio dela, procuram-se manter e melhorar os níveis de saúde das pessoas utilizando-se, para isso, de ações coletivas, programas e serviços que enfatizem a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

Por sua vez, a Atenção Primária à Saúde é descrita pela Declaração de Alma-Ata como sendo a assistência sanitária essencial que é colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias, mediante à sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada etapa do seu desenvolvimento.

É esperado, pois, que o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, tal como propõe a Constituição Brasileira (1988), seja facilitado, de modo que as ações de promoção, proteção e recuperação, bem como medidas políticas, sociais e econômicas possam ser efetivadas para se reduzir o risco à doença e outros agravos. Almeja-se, com isso, que os gastos públicos direcionados ao “setor saúde” diminuam a médio e longo prazo, e que a saúde do indivíduo, das famílias e da comunidade melhorem, uma vez que também se procura intervir nos determinantes do processo saúde-doença.

A Estratégia Saúde da Família, tradicionalmente conhecida como Programa Saúde da Família - PSF, é entendida como um recurso para se reorganizar a Atenção Primária à Saúde, por anos estruturada no modelo médico-hegemônico de se produzir assistência à população, cuja forma de se manejar o processo saúde-doença com o pronto-atendimento na esfera do indivíduo, dentre outras razões, não apenas elevou o custo da assistência como interferiu de modo pouco eficaz sobre o que alguns autores consideram um “problema de Saúde Pública”, ou seja, o impacto

no indivíduo em termos de anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidade, dor e desconforto, bem como o impacto na sociedade: o que se refere ao aumento da mortalidade e morbidade, e, novamente, os custos do tratamento para o país.

O termo acolhimento passou a ser muito utilizado por ocasião da implantação de Unidades de Saúde da Família, serviços que procuram funcionar de acordo com os pressupostos do PSF. Ele é conceituado de forma diferente por vários estudiosos, mas tem sua ênfase na humanização das relações estabelecidas entre profissionais e usuários, vínculo e compromisso, os quais norteiam as propostas de intervenção (RAMOS; LIMA, 2003).

Para os prestadores de serviço, o acolhimento também pode significar fazer o atendimento do paciente que procura atendimento sem ter agendado esse encontro previamente. Esta caracterização é levada em conta neste estudo e, por essa razão, tal como alguns pesquisadores mencionados na literatura, o acolhimento, ou seja, o atendimento à demanda espontânea, poderá evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos.

Dentre as atribuições de um gestor de serviços de saúde, garantir o acesso da população a um atendimento de qualidade, por profissionais competentes e que leve à satisfação do usuário, passa a ser considerado ponto fundamental e que deve ser levado em conta durante o processo de organização do serviço.

Para tal, considera-se o planejamento uma de tantas outras ferramentas disponíveis aos gerentes, e que é capaz, mesmo com suas limitações, de, ao menos, ajudar a sistematizar o conhecimento da realidade. Nesse sentido, o Planejamento Estratégico Situacional idealizado por Matus (1993) leva ao ator que planeja um conhecimento do problema e o desenvolvimento de uma capacidade de

raciocínio estratégico que o fará enfrentar uma situação de modo bem melhor do que alguém com baixo conhecimento da realidade.

Nesta, por sua vez, co-existem duas práticas sanitárias contraditórias: aquela direcionada aos problemas de enfrentamento contínuo, escolhidos pelo alto impacto nas condições de vida dos grupos populacionais, e aquela direcionada à intervenção pontual e ocasional sobre os efeitos dos problemas ao nível individual.

A estimativa de problemas nas regiões, alcançada pelo processo de territorialização, o desenho de mapas de risco epidemiológico e social e a dinâmica de explicação das causas relacionadas a estes problemas, todos instrumentos da Vigilância à Saúde – prática prevista no Programa Saúde da Família, são resumo do que se almeja como prática hegemônica da assistência à saúde.

Por essa razão, procurar entender as dinâmicas que envolvem a demanda espontânea e utilizá-la como recurso para se reorganizar o processo de trabalho vigente é fundamental para que o modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico se revertam a tal ponto, que ações multidisciplinares, usuário-centradas e focadas na prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser efetivadas.

Parte-se do princípio que realizar um bom diagnóstico situacional, priorizar os problemas a serem resolvidos, identificar a governabilidade dos atores envolvidos, estabelecer planos de ação coerentes, realizá-los e avaliá-los continuamente são passos do planejamento que, neste estudo, é considerado a ferramenta gerencial que auxiliará na melhor condução da demanda espontânea.

1.1 Natureza do problema

Considerando as colocações supracitadas e, ressaltando:

- Que o Programa Saúde da Família é a estratégia para a reorganização e reversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde;
- Que para se garantir ações coerentes e pertinentes com a prevenção de doenças e promoção de saúde ao indivíduo, às famílias e à comunidade é necessário promover condições de acesso à população aos serviços de saúde;
- Que as necessidades da população ora se traduzem no acompanhamento de problemas crônicos, ora na resolução imediata de problemas agudos, caracterizando dois tipos de demanda, respectivamente: a demanda programada para a qual existem ações preconizadas pelo Ministério da Saúde; e a demanda espontânea, considerada imprevisível e para a qual são frágeis as estratégias de atendimento que possibilitem vínculo, responsabilidade e compromisso entre o binômio profissional-cliente;
- Que destinar um “olhar” à demanda espontânea, compreendendo-a e relacionando-a a maneiras diferentes de se intervir no estado de saúde da população é um recurso que auxiliará os gestores a organizarem os serviços, de modo que estes sejam prestados com a devida qualidade, e que possam garantir o acesso universal, integral e eqüitativo do usuário;
- Que o planejamento é uma ferramenta importante e que auxiliará os gerentes do serviço na melhor condução da demanda espontânea;
- Que o planejamento inadequado compromete as intervenções necessárias e fundamentais para que haja um impacto favorável nas condições de saúde da população;

O estudo questiona se a demanda espontânea é considerada um quesito estratégico na elaboração do planejamento das ações de saúde nas perspectivas dos gestores locais de saúde, enquanto elaboradores, dos técnicos, enquanto cumpridores das ações de saúde definidas, e dos usuários, enquanto consumidores, em quatro Unidades de Saúde da Família do município de Pindamonhangaba.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar as perspectivas dos atores do Programa Saúde da Família quanto à demanda espontânea, no sentido de identificar se ela é ou não contemplada no Planejamento Estratégico Situacional, considerado uma ferramenta gerencial.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os modos de se conduzir a demanda espontânea, desenvolvidos pelos atores sociais do Programa Saúde da Família na região do município de Pindamonhangaba, estado de São Paulo.
- Identificar a existência ou não do Planejamento Estratégico Situacional, considerado uma ferramenta gerencial importante para a melhor condução da demanda espontânea.
- Avaliar se a demanda espontânea está contemplada no Planejamento Estratégico Situacional.
- Propor estratégias gerenciais para que a demanda espontânea seja contemplada no Planejamento Estratégico Situacional.

1.3 Delimitação do estudo

A metodologia utilizada no estudo – Triangulação de Métodos – propõe a formação de um *tercios* entre os gerentes, os técnicos e os usuários de quatro Unidades Saúde da Família (USF) do Programa Saúde da Família - PSF de Pindamonhangaba, ou seja, identifica a relação entre as três categorias de atores selecionados.

A escolha das unidades foi baseada em características peculiares dentre os demais serviços: duas USFs com uma equipe de saúde da família (USFs de pequeno porte) e outras duas com três equipes de saúde da família mais uma equipe matricial (USFs de grande porte); duas unidades com implantação do PSF há mais de cinco anos e duas com implantação recente, além de USFs que tenham abrangência em áreas rural, urbana, industrial e em condições sócio-econômicas precárias. Portanto, o estudo não aborda as 19 USF existentes em Pindamonhangaba, mas aquelas cujas peculiaridades fornecessem abertura para o critério da transferibilidade, ou seja, para outras unidades que tenham características semelhantes às da amostra, permite-se a transferência dos resultados encontrados no estudo.

Ainda que existam gerentes com formação médica, odontológica e de enfermagem em Pindamonhangaba, as unidades de saúde de escolha não permitiram a entrevista com o profissional médico, uma vez que esta categoria não faz parte do quadro gerencial destes locais e, enquanto técnicos, quando não disponíveis, encontravam-se de férias.

Quanto aos técnicos, além de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, existem, em algumas USFs, assistentes sociais, dentistas,

auxiliares de consultório dentário e psicólogos. Estes últimos, bem como o profissional médico, não foram abordados no estudo.

No que trata os usuários, a pesquisa abordou apenas os usuários que fazem parte da área de abrangência (território delimitado para ações daquela USF), não atingindo os que moram na área de influência (moradores de outras regiões que não as delimitadas pela USF).

1.4 Relevância do estudo

O Sistema Único de Saúde (SUS) é tido como um “adolescente” ao se considerar o ano de seu “nascimento” até os dias de hoje (1988-2008). É foco de muitas pesquisas em todo o território nacional, bem como sua estratégia para a Atenção Primária à Saúde: o PSF. Este, no entanto, por ser mais novo (1994-2008), carece ainda de muito estudo, para que possamos compreendê-lo e integrá-lo à prática; para que os resultados desta estratégia possam ser avaliados, para que os indicadores de saúde de cada região brasileira possam refletir na melhoria das condições de saúde de uma nação.

Espera-se contribuir com pesquisas futuras, em estudos que reforcem o deslocamento da atenção da equipe da produção de procedimentos para a produção de cuidados no sentido mais amplo da palavra; e, por que não, com a criação de modelos de gestão mais criativos, participativos e com respeito às diferenças.

As pequenas considerações deste estudo procuram somar-se a tantas outras que, incessantemente, almejam unir teoria e prática, de modo que a primeira se reflita na segunda, e que os modos de se fazer se aprimorem com os modos de se pensar, encurtando a distância e integrando as duas práticas, tão necessárias para qualquer processo de transformação.

1.5 Organização do trabalho

O estudo está estruturado em sete seções para permitir a compreensão do problema de pesquisa e os resultados obtidos por meio das estratégias metodológicas utilizadas.

Introdução: aborda a introdução ao tema, o problema de pesquisa, a relevância do estudo e os objetivos a serem alcançados.

Revisão de literatura: contempla estudos semelhantes ao assunto pesquisado, tais como o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família, o acolhimento e a demanda espontânea no PSF, bem como estratégias gerenciais com ênfase no Planejamento Estratégico Situacional.

Proposição: reforça o problema de pesquisa e as hipóteses de trabalho; localiza o município de Pindamonhangaba no Vale do Paraíba e descreve as unidades de saúde da família pesquisadas.

Metodologia: define o tipo de pesquisa, a técnica de entrevista e a característica da população estudada.

Apresentação e discussão de resultados: expõe o conteúdo, a análise e a interpretação das entrevistas realizadas com os atores compõem a população do estudo.

Conclusão: reúne as informações pertinentes ao estudo, que atendem ou não os objetivos e as hipóteses da pesquisa, bem como propõe novos trabalhos que possam não apenas complementar e aprofundar o entendimento do problema de pesquisa proposto, como ampliar as investigações nesse campo de estudo.

Bibliografia: apresenta as referências bibliográficas utilizadas no estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Retrospectiva histórica que culmina na construção do Sistema Único de Saúde

Na década de 20, pelo processo de industrialização, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década de 30, e unificados para criar o Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) na década de 60 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Segundo Oliveira (2008),

o modelo dos IAPs representou uma expansão de cobertura, no sentido de procurar vincular aos Institutos boa parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos. No entanto, alguns segmentos do próprio mercado formal de trabalho não estavam cobertos - sem contar o setor informal, os trabalhadores rurais e outras categorias. Nesse sentido, a vinculação da totalidade dos trabalhadores aos Institutos era somente virtual. Estima-se que apenas 30% da força de trabalho do País, no final dos anos 50, estavam protegidos por algum Instituto.

Em meados de 1960, o Brasil passou por uma queda do Produto Interno Bruto (PIB), aumento da inflação e elevada concentração de renda. Em 1964, a ditadura militar, com um discurso desenvolvimentista comprometido com a retomada do crescimento econômico, criou o PAEG (Plano de Ação Econômica do Governo) e conseguiu reduzir a taxa de inflação de 90% para 30% por meio das reformas bancária e tributária e na centralização do poder político e econômico (REGO; MARQUES, 2002).

Foram implementadas ações buscando controlar as contas públicas, aumentando as receitas e reduzindo as despesas, com controle da emissão monetária e de crédito e uma dura política de contenção de salários, o que levou à

derrota política dos trabalhadores e assalariados, arrocho salarial; falências e desemprego (REGO; MARQUES, 2002).

Este período, conhecido como “sanitarismo campanhista”, configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias que visou sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960, aprovou-se um regulamento para a criação de um esquema geral de funcionamento e financiamento único para os IAPs existentes (OLIVEIRA, 2008). Para este autor, a LOPS representou, na prática, a cobertura de todos os trabalhadores urbanos.

O Decreto-Lei 72/1966 extinguiu os IAPs, fundindo-os no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que deu início a uma nova fase, caracterizada pela expansão da cobertura dos serviços a categorias ainda não cobertas, como a dos trabalhadores rurais (OLIVEIRA, 2008).

Do “sanitarismo campanhista” (vigente até 1965) ao INPS (vigente de 1966 a 1990), a saúde pública foi marcada pelo modelo monocausal de explicação de doenças, para o qual um agente (germe), ao infectar um hospedeiro, seria capaz de desenvolver uma doença (LUZ, 1979 *apud* MENDES, 2006). Conforme Mendes (2006), isso justifica, em parte, as ações de inspiração militarista de combate a doenças de massa, mediante a interposição de barreiras que quebrem a relação agente/hospedeiro.

Para Mendes (2006), como o INPS caracterizava-se pela prática curativa, individual, assistencialista e especializada, o Brasil passou por altos índices de infecções comuns e desnutrição, bem como enfermidades crônicas e lesões, até o ressurgimento de algumas patologias que se acreditavam superadas.

Mesmo com um intenso crescimento do PIB e da produção industrial, que se beneficiou da presença de capital estrangeiro, na forma de empréstimos, o período de 1968 a 1973 foi marcado pelo agravamento das questões sociais, aumento da concentração de renda e deterioração de alguns indicadores sociais (REGO; MARQUES, 2002).

A agricultura, voltada à exportação, desenvolveu-se, enquanto que a produção de alimentos básicos caiu em relação ao crescimento da população. Conseqüentemente, não houve mudança qualitativa das condições de vida do povo; os grandes benefícios eram voltados para as classes de maior renda e o salário mínimo havia diminuído em seu valor real de compra.

As conseqüências dessa política de exclusão social foram o aumento dos acidentes de trabalho, pelas horas extras e grande intensidade de serviço; aumento de pessoas empregadas por família, com a diminuição do salário do chefe de família; agravamento das condições de saúde; agravamento de todo o quadro social, incompatível com o aumento da riqueza nacional (REGO; MARQUES, 2002).

Não é sem razão que as décadas de 70 e 80 foram marcadas pelas forças democráticas no âmbito da saúde, as quais se enfrentavam com os representantes dos interesses privados, seja das clínicas, hospitais e médicos contratados e credenciados pela Previdência Social, seja pelas organizações de medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas seguradoras, seja pelas indústrias de medicamentos, equipamentos e materiais de consumo médico-sanitário (BRAGA; GOES DE PAULA, 1981; PAIM, 1986 *apud* PAIM, 1992).

Entre 1975 e 1979 foi criado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Embora fosse a resposta do governo militar à crise conjuntural da economia

brasileira, também tinha o objetivo de superar o próprio subdesenvolvimento do país, eliminando os estrangulamentos estruturais econômicos (REGO; MARQUES, 2002).

A Lei 6.229, elaborada em 1975, organizou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000). Segundo esses autores,

Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo.

Para Mendes (2006), isso significou institucionalizar o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, o símbolo do modelo médico, o INAMPS, composto de três subsistemas: “aquele representado pelo governo, simplificado e destinado aos pobres; o subsistema privado e o convênio-empresa” (MENDES, 2006, p.60).

Na década de 80, principalmente a partir de 1985, no processo de redemocratização do país, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos chamado Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000). Esses autores ressaltam que o grande marco histórico desse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. Na ocasião, houve consenso de que,

para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988.

Em 1990, o INPS passou a ser chamado de Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), passando a ter como atribuições básicas a arrecadação, a administração e o pagamento de benefícios da Previdência Social (OLIVEIRA, 2008)

Cabe ressaltar que as corporações empresariais tendiam a “pressionar o sistema para obter mais lucros, independentemente das necessidades de saúde” (MENDES, 2006, p. 25). Paim (1991 *apud* PAIM, 1992, p. 23) ressalta que, mesmo em 1990, houve a retomada da política que implicava em um sanitarismo de resultados voltado aos pobres excluídos do consumo médico, sob a retórica da Reforma Sanitária.

2.2 Da criação do Sistema Único de Saúde ao Programa Saúde da Família

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde representou o instrumento que teve influência em dois processos: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS (1987) e a elaboração da nova Constituição Federal (MENDES, 2006). Segundo Merhy e Queiroz (1993) houve um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do primeiro, permitindo uma efetiva descentralização.

A partir da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços de saúde deveriam ser providos por um Sistema Único de Saúde. Estava criado, constitucionalmente, o SUS (Sistema Único de Saúde), regulamentado pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (MENDES, 2006).

Foram definidas as seguintes diretrizes: universalidade para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato de organização para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização.

Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; DAL POZ, 1998).

Mendes (2006, p. 66) ressalta ainda que o SUS “demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho do Estado brasileiro, porque explicita os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado”.

Contudo, a elaboração do SUS se deu num contexto de instabilidade e crise estrutural que se expressaram “por meio da deterioração da situação cambial, da aceleração inflacionária, da recessão e, principalmente, da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais (BRAGA, 1989 *apud* MENDES, 2006).

No entanto, mesmo com a insistência das corporações empresariais em pressionar o sistema para obterem maiores lucros, “independentemente das necessidades sociais de saúde” (MENDES, 2006, p. 25), impõe-se a construção social de uma nova prática sanitária: a Vigilância à Saúde, em detrimento à prática sanitária da atenção médica (MENDES, 2006).

Àquela é mais ampla que as “ações programáticas de saúde” (SCHRAIBER, 1990 *apud* MENDES, 2006), já que envolve operações não médicas sobre os determinantes dos problemas de saúde e uma “atuação racional para enfrentar coletivamente” tais questões (MENDES, 2006, p. 243).

Se antes, cada problema de saúde era definido como tendo uma ou algumas causas, para resolvê-lo, bastava achar a causa e eliminá-la ou corrigi-la por meio de uma intervenção médica (CONTRANDRIOPOULOS; POUVOURVILLE, 1991 *apud* MENDES, 2006). Assim, “mais e mais doentes deviam ser enfrentados com mais e

mais serviços de atenção médica, independentemente de que os fatores determinantes estejam orientados para a produção social das enfermidades” (MENDES, 2006, p. 242).

Mas quando a noção de Vigilância à Saúde entra em cena, as estratégias de intervenção passam a incluir a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes, além da atenção curativa (TERRIS, 1990 *apud* MENDES, 2006).

Segundo Fracoli e Bertolozzi (2001-a, p. 5):

Na abordagem da Vigilância à Saúde está se remetendo a uma forma de atuação que tem em vista a cotidianidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais. A atuação, neste caso, não se reduz à espera de sinais de alarme (...), mas da detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde (...), que ganham uma nova dimensão, pois deixam de ser fatores e passam a integrar processos de vida.

Em outro artigo (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001-b, p. 10), as mesmas passam a descrever o que entende-se hoje por perfis epidemiológicos, ou seja, o resultado dos perfis de reprodução social e dos perfis de fortalecimento e desgaste, sendo que os primeiros determinam o processo saúde-doença, enquanto que os segundos já são os resultados do processo instalado.

Recentemente, foi introduzida nesta equação a Educação em Saúde e lançado mão de uma “nova prática sanitária da vigilância da saúde”, para a qual são necessários “o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade” (MENDES, 2006, p.248), bases para a instalação do Programa Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2006-b).

2.3 O Programa Saúde da Família - PSF

Campos (1989) aponta que o mercado não poderia ser o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas o planejamento, realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas mas de suas necessidades de saúde. O atendimento seria universal – todos poderiam utilizar o sistema - gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

Em 1991, o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo. Porém, esta mudança alterou significativamente a demanda por serviços de saúde em relação à oferta, e exigiu – e exige – a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções.

Com a família, como responsabilidade da equipe, e como princípio a ser seguido em um serviço de saúde, Oliveira e Colvero (2001) pontuam que, no PSF, sendo a família eleita em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde, para dar conta desse objeto de atenção, cabe à equipe de saúde perceber a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivamente, tendo sempre em vista os indivíduos como cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar.

Apesar de autores como Franco e Merhy (2000), Vasconcellos (1998) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) defenderem positivamente a escolha da família como espaço estratégico de atuação, autores como Salum (2000), Hareven (1986), Saraceno (1990), Monteiro (1991), sendo estes três últimos citados por Trad e Bastos (1998), não validam essa opção com tanta veemência. Questionam a

possibilidade de uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família, que repercute no plano das políticas públicas, uma vez que se excluem ou incluem-se pessoas, num contexto onde se privilegiam alguns enquanto outros são abandonados.

Em 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, cujo documento de origem foi transcrito abaixo por Vasconcelos (1998):

O PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS, na municipalização, integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde.

Em 1994, é publicado em BRASIL (1994) que a implantação do PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce das doenças, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adstrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia (BRASIL, 1997). É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza ações de saúde do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000-b).

Em termos oficiais, pode-se perceber que é somente no ano de 2000 que o Ministério da Saúde apresenta uma idéia mais clara de como o PSF irá se tornar o propulsor capaz de alterar o funcionamento da atenção básica: ele já não atenderia somente os excluídos pela fome e miséria, mas a todos (BRASIL, 2000-a). É nessa

época que o nível central lança mão de mais um documento que incorpora e reafirma os princípios supracitados, quais sejam:

Caráter substitutivo, pelo qual o PSF não preconiza a criação de novos serviços, exceto em áreas desprovidas; implantá-lo é substituir as práticas tradicionais de assistência voltada às doenças por um modelo comprometido com a promoção de saúde e a prevenção de agravos, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000-a).

Integralidade e hierarquização, pelos quais o PSF se enquadra na atenção básica à saúde, mas totalmente vinculado a uma rede de serviços de maior complexidade, no sistema de referência e contra-referência, para guardar ao indivíduo um tratamento completo e uma assistência de forma integral (BRASIL, 2000-a).

Sobre a hierarquização, Franco e Merhy (2000) desacreditam que o PSF possa estruturar e organizar a demanda de serviços das USFs a partir, exclusivamente, de usuários referenciados pelas equipes de PSF. Segundo eles, isso compromete o atendimento à demanda espontânea, levando a um comprometimento da população com serviços que trabalham sob o modelo médico-hegemônico para responderem suas necessidades mais imediatas. Os mesmos ressaltam que esta estratégia como inadequada tanto na concepção do PSF pelos seus idealizadores, como para sua implantação.

No documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000-a), a equipe multiprofissional é um princípio, pelo qual cada equipe do PSF será composta por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Com relação a esse assunto, Franco e Merhy (2000) expõe que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não há garantias de que haverá ruptura com a dinâmica medico-centrada. O programa estrutura a mudança centrada no serviço, mas não opera de modo amplo nos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, “é o que define o perfil da assistência”.

Tanto é, que, um estudo realizado em 2005 (GUISARDI; FRACOLLI, 2005). demonstra que, ao contrário do preconizado, as equipes do PSF referem, bem como a literatura sobre o assunto, sobrecarga de trabalho da equipe, escuta realizada pelo auxiliar de enfermagem com pouca qualificação para tomada de decisões, alta demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, manutenção do modelo médico-centrado, resolutividade inferior à esperada.

A territorialização e cadastramento da clientela também são pontuados como princípios, pelos quais o território de abrangência do PSF é delimitado, e a população adstrita deve ser totalmente cadastrada para acompanhamento das equipes de saúde, sendo cada uma delas responsável por, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2000-a).

Monken e Barcellos (2005) considera a delimitação do território apenas um forma administrativa para a gestão física dos serviços, ou seja, uma forma de negligenciar o conceito de territorialização ao contrário da verdadeira identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Por outro lado, Fracolli e Bertolozzi (2001-b) ressaltam que a vantagem do PSF é ir além dos muros da unidade de saúde, porque é a forma de estruturar os recursos que podem ser utilizados pela população, em termos de equipamentos de educação, lazer, trabalho, cultura, saneamento básico, dentre outros.

Assim, conhecer a realidade das famílias pelas quais a equipe de saúde é responsável, por meio do cadastramento destas e pelo diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde-doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família (USF), na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, tudo são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL, 2000-b).

Em cerca de seis anos, o Ministério da Saúde passou a avaliar melhor o Programa Saúde da Família, considerando-o como a Estratégia da Saúde da Família (ainda que a sigla PSF permaneça) e a se preocupar com indicadores de saúde e a qualidade de vida da população atendida. Segue a transcrição do documento (BRASIL, 2006-a):

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde do Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. 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 e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Dessa forma, a Atenção Básica é caracterizada hoje como um conjunto de ações de saúde voltadas ao indivíduo e ao coletivo, desenvolvida por práticas gerenciais (e não por qualquer pessoa, com qualquer formação e os recursos mais

simples: comentário nosso) e práticas sanitárias demográficas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida às pessoas e às famílias de um território bem delimitado (BRASIL, 2006-b). Ela é “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde” (BRASIL, 2006-b) e, por isso, deve causar boa impressão àqueles que a procuram, colocar-se de uma forma acolhedora e ser o porto-seguro de cada cidadão.

Em comparação com o documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2000 (BRASIL, 2000-a), e a cartilha da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006-b), cujos principais fundamentos e especificidades da “estratégia saúde da família” estão transcritos na íntegra em ANEXO (Capítulo II, Princípios Gerais), podemos dizer que a novidade está no uso do termo “diagnóstico situacional”.

O Ministério da Saúde acrescenta ainda que a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. Esta etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema e saúde que, prioritariamente, deverão ser a sua referência (BRASIL, 1997).

O diagnóstico situacional de uma unidade de PSF nem sempre é realizada pelos gestores. Falta a estes, na maioria das vezes, o conhecimento e o uso de ferramentas gerenciais para o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação oriundos de uma boa percepção de realidade, a qual envolve não apenas a unidade de saúde da família, mas a equipe multiprofissional, os usuários, os moradores daquele território e, eventualmente aqueles que venham a precisar dos serviços de saúde desta unidade. Envolve também a relação entre

todas essas pessoas e as demais instâncias de governo, bem como com outros profissionais pertinentes ao processo (especialistas médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, etc.), secretários da saúde, da educação, dos transportes, do meio ambiente e seus respectivos assessores e diretores.

Um bom diagnóstico situacional permite visualizar um território em relação aos outros de seu município e deste com outras cidades da região. Ele dá a noção de conjunto e, ao mesmo tempo, as especificidades necessárias para que outros pequenos diagnósticos, planejamentos e intervenções possam ser realizados.

2.4 A demanda espontânea (o acolhimento) no Programa Saúde da Família

O acolhimento é compreendido de forma diferente por diversos autores. Nem sempre as colocações são divergentes, mas complementares. Neste estudo, entende-se como acolhimento não apenas a forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, como também um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população, tendo em vista que muitos trabalhadores denominam de acolhimento a demanda espontânea do usuário à unidade.

Considerando-se o acolhimento também um instrumento fundamental para operacionalizar a acessibilidade, tal como mencionam Poli e Norman (2006, p. 246), maiores as razões para que sejam compreendidas as dinâmicas que o envolvem e, conseqüentemente, a condução da demanda espontânea, foco deste estudo.

Esta se diferencia da demanda programada porque a primeira representa a necessidade auto-percebida pelo cliente, geralmente, de resolução imediata, o que confere sua busca ao serviço de saúde. Por sua vez, na prática diária dos

profissionais, a segunda configura um atendimento agendado, seja pelo intuito do próprio usuário ou pela concretização da busca ativa do funcionário em relação ao paciente.

A busca ativa pressupõe um prévio diagnóstico individual (ou coletivo) referente a um problema de saúde que precisa ser evitado ou tratado. Por essa razão, a demanda programada, via de regra, advém de um rastreamento epidemiológico, por meio do qual, identificam-se os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que interferem no perfil de morbimortalidade da região, devendo, pois, serem acompanhados.

É fundamental que haja a integração das demandas programada e espontânea para que as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser elaboradas e realizadas. A necessidade de articulação entre uma e outra é necessária segundo Mattos (2001 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005), para que a demanda espontânea seja aproveitada na aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco à saúde, assim como para o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Contudo, autores como Rivera e Artmann (1999) ainda as percebem como práticas contraditórias que coexistem, o que inviabiliza a captação de informações para que a Vigilância à Saúde venha a ser a prática hegemônica.

Fracolli e Bertolozzi (2001-a, p. 5) referem que a abordagem da Vigilância à Saúde remete-se a uma “forma de atuação que tem em vista a continuidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos populacionais”, ao contrário de intervenções pouco efetivas que se orientam em “fatores mais importantes” selecionados pelos profissionais.

Neste âmbito, o acolhimento, considerado pelas autoras supracitadas como um instrumento que compõe o processo de trabalho em saúde, significa uma forma de se exercer a visão da determinação social sobre o processo saúde-doença, ainda que na dimensão individual.

Souza e Rodrigues (2006, p. 175), por compreenderem que “o PSF vem como uma proposta de viabilizar a produção de autonomia dos indivíduos, evitando a submissão, a dicotomia e a fragmentação das ações em saúde”, acreditam que o acolhimento tenha potencial para ser um dos primeiros momentos que viabilizem as estratégias do PSF, ainda que o observem como a tradução de mero atendimento à demanda espontânea, vulgo “pronto atendimento”.

Silva, Fracoli e Zoboli (2005) também o definem como estratégia para a organização do atendimento à demanda espontânea, apontando o acolhimento como uma prática centrada na queixa clínica, o que leva a uma consulta nos modelos tradicionais.

Campinas e Almeida (2003) não o percebem apenas como acesso à demanda espontânea, mas no sentido de aceitação do doente como sujeito de direitos, desejos para os quais se tornam necessários uma boa comunicação e relacionamento profissional-paciente, a fim de estabelecer uma relação de compromisso e de confiança mútua.

Sobre a “integralidade” prevista no SUS, Mattos (2001 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 5), pontua ser esta uma “resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos”. Menciona a proposta de que a integralidade deva estar presente no encontro, na conversa, na atitude do médico (e outros profissionais: nota da autora) para que além do

reconhecimento das demandas explícitas, as necessidades implícitas dos cidadãos também possam ser contempladas.

Por se tratar de uma ação complexa, que exige do profissional a clareza no estabelecimento de prioridades, uma vez que o que está em questão é atender a todos com equidade, Doria e Polidoro (2004) percebem que a prática do acolhimento não pode ser atribuição de uma só equipe. Estas autoras ressaltam a necessidade da união de todos, independentemente de seus vínculos profissionais, além da participação efetiva do gerente, conselho gestor e da comunidade.

Tal como Silva, Fracolli e Zoboli (2005), Guisardi e Fracolli (2005) reservam ao acolhimento a função de servir de instrumento para mudar o processo de trabalho em saúde, por meio da qualificação da escuta e do comprometer-se com a resolutividade dos problemas da população.

Pinheiro (2001 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005) também reconhece no acolhimento sua potencialidade para reorganizar os serviços de saúde, uma vez que o sujeito passa ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Conforme Ribeiro *et al* (2006, p.243), acolher “não significa atender a demanda espontânea em detrimento das ações para prevenção de agravos e promoção da saúde”. Seu objetivo é “orientar o fluxo de demanda, sem risco de descrédito frente à comunidade, devido a atendimentos negligenciados”.

O acolhimento é capaz de processar atitudes e comportamentos inadequados da clientela em relação ao serviço de saúde, na medida em que transforma a conduta e a responde ao seu emissor de forma organizada, atenuada e clara; na medida em que troca uma postura de indiferença por uma atitude de solidariedade (DORIA; POLIDORO, 2004).

Contudo, ainda que ele consista numa tecnologia para mudar o processo de trabalho em saúde, procurando qualificar a escuta e comprometer-se com a resolutividade dos problemas da população, algumas dificuldades na sua operacionalização têm sido apontadas na literatura, tais como: falta de recursos humanos para operacionalizá-lo, excesso de demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, sobrecarga do trabalho do enfermeiro, manutenção do modelo médico-centrado, resolutividade inferior à esperada (PEREIRA; FRACOLLI, 2005).

As mesmas autoras percebem na observação direta da atividade de acolhimento, em uma unidade de PSF, as seguintes questões: alta demanda, sobrecarga de trabalho da equipe, dificuldade de adesão dos usuários aos horários de atendimento da equipe, dia do acolhimento visto como fardo pelos profissionais, escuta realizada pelo auxiliar de enfermagem com pouca qualificação para tomada de decisões (PEREIRA; FRACOLLI, 2005).

Enquanto esses problemas persistirem, dificilmente o acolhimento alcançará todo seu potencial para promover transformações nos processos de trabalho estabelecidos nas unidades de saúde, mesmo que elas sejam estruturadas conforme as orientações da estratégia saúde da família.

Cada ponto mencionado deve ser estudado com profundidade, mas, considerando-se que grande parte dos profissionais da saúde estão habituados a desenvolver suas ações isoladamente, tendo como parâmetro o modelo médico de resolutividade imediata, é esperado que todo o tipo de qualificação profissional seja oferecida ao corpo de recursos humanos de uma instituição. Ênfase deve ser dada aos aspectos multiprofissionais e humanizados de se desenvolver assistência, porém, tão relevante quanto, é reforçar prática e teoricamente todos os conceitos e

as relações causais que envolvem a necessidade de se reorganizar a Atenção Primária à Saúde, pois, dificilmente, ensina-se a uma pessoa como se comprometer com algo que não pertence ao seu rol de valores ou entendimento.

Os processos de recrutamento e seleção de instituições privadas tendem a inserir no corpo de recursos humanos de uma organização profissionais que demonstram maior afinidade com a missão e os valores da empresa, bem como os mais aptos a desenvolverem funções que se relacionam diretamente com o público alvo do setor.

Ao contrário, nem sempre o processo seletivo de uma instituição pública é favorável nesse sentido. Na Prefeitura do Município de Pindamonhangaba, por exemplo, o corpo de funcionários que trabalham nas unidades de saúde da família são concursados, ou seja, uma prova é aplicada para avaliação do conhecimento teórico sobre a função que será exercida. Habilidades e atitudes não são previstas, nem tão pouco perfil, interesse, motivação, o que dirá comprometimento.

Portanto, a inexistência ou a pouca preocupação de certos serviços com a educação permanente dos recursos humanos é inadmissível, não apenas pelas razões apresentadas, mas porque é almejado que todo processo de transformação seja acompanhado. Isto tem valor no campo individual, pensando-se em cada profissional de saúde, como no campo organizacional, em termos de modificações no processo de trabalho.

Em relação aos outros problemas que interferem no acolhimento, Aued-Siqueira, (2006, p. 194) identificam “tanto deficiências na qualidade da informação trazida pelo agente, bem como as falhas da equipe de saúde no atendimento das demandas”. Acrescentam ainda que “a quantidade de demanda também pode refletir as deficiências de infra-estrutura, como, por exemplo, falta de recursos humanos”.

Sobre isso, há de se comentar a orientação da composição da equipe recomendada pelo Ministério da Saúde, qual seja: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e o máximo de doze agentes comunitários para o total de quatro mil habitantes cadastrados por equipe. Muitos serviços enrijecem essa orientação, tornando inflexível a composição da equipe de PSF.

Do ponto de vista de que a estruturação do serviço e o planejamento de ações de saúde se dão pelo diagnóstico situacional do território, por meio da identificação das condições sócio-político-econômica local, bem como do perfil de morbimortalidade regional, não há lógica em se manter o mesmo número de profissionais de saúde para todas as unidades, indiscriminadamente.

Se se parte do pressuposto de que cada comunidade é única em seus modos de viver e trabalhar e, por isso, apresenta condicionantes e determinantes do processo saúde-doença diferentes uma das outras, não há porque manter dois auxiliares de enfermagem num local em que somente um seria o suficiente, ao contrário de serviços que necessitam de três desses profissionais. O mesmo vale para as demais categorias de trabalhadores.

Quanto à demanda por serviços de saúde, na mesma lógica, haverá lugares em que ela será muito maior que em outros. Hossmann e Lourenço (2006, p. 195) pontuam que “a elevada demanda de pacientes põe em risco a realização da prevenção em Atenção Primária à Saúde”.

Como Victorino *et al* (2006, p. 167) percebem que ainda é alto o número de pacientes que procuram o atendimento eventual com queixas que demandam seguimento, medidas devem ser adotadas nas unidades de saúde para que “o serviço de atendimento geral e eventual possa ser mais bem organizado”, o que

pode incluir a reestruturação do corpo de profissionais que trabalham nesta ou naquela USF.

Conforme esses autores,

o acolhimento é uma estratégia para modificar o acesso aos serviços de saúde que vem sendo utilizada, heterogeneamente, na Atenção Primária à Saúde em todo o Brasil. Consiste basicamente no encontro do usuário, que não possui consulta previamente agendada, com os trabalhadores da saúde, em um espaço reservado onde se dá a escuta da demanda desse usuário. O acolhimento está assentado em um direito constitucional dos indivíduos, que é o do acesso aos serviços de saúde e, como a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada desse sistema, torna-se necessária uma estratégia que permita um fluxo facilitado das pessoas.

2.5 O acolhimento na prática de uma unidade saúde da família

A Organização Mundial de Saúde traduz o acolhimento da seguinte forma (World Health Organization, 2000, p. 32 *apud* MENDES, 2002, p. 26):

O grau de acolhimento mede as expectativas dos cidadãos em relação à forma como gostariam de ser tratados pelos sistemas de serviços de saúde. O acolhimento pode ser avaliado por: o respeito pela dignidade das pessoas; a confidencialidade, ou seja, o direito de decidir quem pode ter acesso às informações sobre o seu estado de saúde; a autonomia para participar de escolhas relativas à sua própria saúde; o direito a uma atenção pronta; o direito a serviços de saúde adequados; a liberdade de escolha do prestador dos serviços de saúde; o direito a receber serviços de saúde providos de forma segura, de modo a evitar procedimentos médicos impróprios; e o acesso a redes de proteção social, como amigos e famílias, pelas pessoas que estão sendo acolhidas pelo sistema de serviços de saúde.

Com essa grandeza, faz-se necessário procurar entender as dinâmicas que envolvem o acolhimento e, conseqüentemente, a demanda espontânea. É um recurso para se reorganizar o processo de trabalho vigente, ou seja, o modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico, a tal ponto, que ações multidisciplinares, usuário-centradas e focadas na prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser efetivadas.

Os autores Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 6) partem do princípio que para o acolhimento se dar na ótica usuário-centrado deve seguir os seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento - que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Na prática, o gerente e sua equipe precisam encontrar estratégias para gerenciar a escassez de vagas para consulta médica. Garantir a acessibilidade universal não é tarefa tão simples, uma vez que o processo de construção do atendimento ao ser humano é complexo, é o que comentam Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES E PINHEIRO, 2005)

Em outras palavras, tem-se como meta a garantia de acesso para todas as pessoas que procuram o serviço de saúde. Contudo, geralmente, a demanda é maior que a oferta, o que, em parte, leva o enfermeiro a parear com o médico o atendimento à população. Dessa forma, o modelo de assistência, caracterizado como “produtor de procedimentos” (FRANCO; MERHY, 2000) é reiterado.

Transformar o acolhimento numa consulta com o enfermeiro pode acarretar alguns problemas, segundo Fracolli e Bertolozzi (2001-a, p. 6), pois “ao proceder à consulta do indivíduo, esmera-se em realizar um exame físico rigoroso, e em fazer uma anamnese que investigue atentamente as causas biológicas da dor, afere pressão, verifica a temperatura e o peso, realizando ainda outras ‘avaliações’ físicas que possam subsidiar o seu diagnóstico de saúde”. Para as autoras, via de regra, a

forma como a pessoa vive e trabalha, não é cogitada por este profissional como sendo desencadeante ou condicionante do processo saúde-doença.

“Adotar um modelo de clínica pautado nesses valores é tomar para si o desafio de incorporar, nas consultas individuais, a lógica da determinação social do processo saúde-doença” (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001-a, p. 6). As autoras ressaltam que:

O acolhimento não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

Nas unidades de saúde, tornou-se comum fragmentar o processo de trabalho. Muitos profissionais, compreendendo que trabalhar multiprofissionalmente era interpor outras categorias nesse fluxo, passaram a conduzir o usuário da recepção com o agente comunitário, para o auxiliar de enfermagem, deste para o enfermeiro e daí para o médico.

Esse modo de produção de assistência não valoriza os saberes próprios de cada profissão ou, minimamente, direciona o usuário ao profissional adequado à sua demanda, conforme critérios legítimos que ora perpassam a clínica, ora não.

O enfermeiro tem condições de legitimar esses critérios, uma vez que sua formação percorre as áreas assistencial, social, psicológica e administrativa, mas deve fazê-lo sem enrijecimento do processo, ou seja, não tornar inflexível o fluxo de atendimento ao cliente e, tão importante quanto, não perdendo o foco no usuário e suas necessidades.

Quando o acolhimento é bem implantado e faz parte da prática diária de todos os profissionais de saúde, é possível racionalizar o fluxo, reduzir o atendimento

ambulatorial, diminuir o número de pessoas circulando desorientadas na unidade, aumentando não apenas a satisfação da clientela, mas a harmonia no ambiente de trabalho (DORIA; POLIDORO, 2004).

Doria e Polidoro (2004, p. 82-84) receberam prêmio pela “Implantação do Acolhimento Resolutivo na Unidade Básica de Saúde da Família e Pronto-atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo” na II Mostra Nacional de produção em Saúde da Família em 2004, e apontam que, além que já foi mencionado, o acolhimento também permitiu maior identificação de grupos de risco como hipertensos e diabéticos, identificação imediata dos clientes que costuma faltar às consultas agendadas, criação de um canal de comunicação entre a comunidade e o serviço, redução do nível de tensão dentro da unidade, melhorias organizacionais como o estabelecimento de um cronograma para atividades extras sem prejuízo das atividades normais, além da valorização do trabalho de todos os profissionais, que passaram a se integrar mais harmonicamente na elaboração, decisão e execução das atividades do serviço.

2.6 O gerente e os processos de trabalho, comunicativo e de educação permanente

2.6.1 Papel gerencial

Cabe aos sistemas de serviços de saúde oferecer respostas sociais organizadas para “responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo” (MENDES, 2002, p. 17).

Conforme Passos e Ciosak (2006), as necessidades sociais são influenciadas pelas relações decorrentes do processo de trabalho. Na construção e execução

deste, o gerente deve se adequar aos mecanismos próprios de seu serviço, de modo a propiciar o desenvolvimento da prática gerencial, visando a garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde, a satisfação da clientela e a qualidade no atendimento (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Portanto, o trabalho gerencial não se resume apenas a controlar e executar tarefas para alcançar o produto e o impacto esperado, ele é determinante do processo de organização dos serviços de saúde, e fundamental na efetivação de políticas sociais e no atendimento das necessidades básicas de saúde da clientela (PASSOS; CIOSAK, 2006).

No que trata a Estratégia da Saúde da Família, a gerência de uma unidade pode ser um instrumento do processo de trabalho capaz de contribuir para a transformação (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007) do modelo de atenção centrado no indivíduo e na doença, para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação (BRASIL, 2006-b). Por essa razão, faz-se necessário que o gerente tenha conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psico-sociais (JUNQUEIRA; INOJOSA 1992 *apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Dussault (1992 *apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007) pontua que uma dimensão importante do estilo gerencial é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os recursos humanos na tarefa de satisfazer às necessidades da população. O autor considera que esse tipo de gestão aceita que os funcionários trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade, uma vez que reconhece o papel central dos profissionais e tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados do corporativismo e da autonomia profissional.

De acordo com Vanderlei e Almeida (2005), o grande desafio da gerência, enquanto ferramenta para a transformação do processo de trabalho, constitui-se em romper com a hegemonia gerencial, a favor da distribuição de poder de forma mais igualitária, trabalhando-se com a noção de gestão participativa, a qual prevê o coletivo, a união de gestores, funcionários e população possibilitando um trabalho voltado para a integralidade e para um agir cotidiano com força de mudança.

Reforçam essa idéia Matumoto *et al* (2006, p. 2) quando citam alguns pontos que precisam ser superados pelos gerentes:

(...) romper com as próprias matrizes de produção de procedimentos mais que de cuidados; de lidar com a divisão técnica e social do trabalho em saúde, buscando um trabalho mais democrático, participativo e de respeito às diferenças; de lidar com a questão dos preconceitos e com as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários e com a desconstrução da relação poder/saber; de apoiar a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, do estabelecimento de vínculo e responsabilização que tem se mantido escondido atrás do trabalho técnico.

Assim, a atividade de gerência não pode ser burocrática, rotineira, pré-determinada, com poucas chances de criação, intensa padronização e inflexibilidade frente às normas colocadas (MISHIMA, 1995 *apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

É esperado que a eficiência gerencial seja verificada pela capacidade de possuir uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais e “lateralidade de pensamento para se compreender a realidade” (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 4). Contudo, na prática, esses autores ressaltam que os gerentes carecem de autonomia para tomar decisões no gerenciamento do PSF, o que legitima as situações dadas, ao invés de promover mudanças.

Corroboram com os autores supracitados o fato de alguns gerentes terem pouca participação nas decisões frente à administração central (por esta ser centralizadora), além de baixa capacidade de planejar, organizar e controlar os

resultados das atividades exercidas (BARBIERI; HORTALI, 2005 e FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006).

Segundo Vanderlei e Almeida (2007), a gestão compartilhada é alternativa para que haja perspectiva de mudança no gerenciamento da saúde da família. Por eles, o cotidiano deve ser instituído de encontros entre gestores, gerentes, trabalhadores de saúde, equipes do PSF e usuários, de modo que esses encontros se constituam em espaços de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas.

2.6.2 Processo de trabalho

A organização do processo produtivo das equipes de PSF se caracteriza pela intensa divisão de trabalho, pois elas prestam assistência por meio das atividades propostas pelo programa e que já existiam em programas anteriores do Ministério da Saúde (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006).

Sendo o processo produtivo fragmentado e isolado, e a demanda da comunidade pela assistência de saúde, intensa e forte, esses autores pontuam um espaço de conflito onde há contradição entre o que é proposto e a vontade dos usuários, com a agravante de que esse cenário pode acarretar na “alienação do trabalhador diante do produto final” (MALIK *et al*, 1998), na manutenção da execução de tarefas repetitivas e desconectadas, e na crença de que não há outra forma de se trabalhar (CAMPOS, 2007).

Tal como a estrutura tradicional de serviços de saúde, a qual reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho, mantendo sem questionamento a hegemonia do poder médico, a tendência atual do profissional em se responsabilizar por algum procedimento característico do seu

núcleo de conhecimento restringe o trabalhador de pensar e agir sobre a história de vida das pessoas (CAMPOS, 1999).

Friedrich e Pierantoni (2006) constatam que existe uma ausência de políticas programáticas efetivas e de acordo com a realidade das áreas de abrangência de cada equipe, uma vez que as ações de saúde são preestabelecidas e idênticas na maioria das equipes, além da coordenação e supervisão do trabalho das mesmas acontecerem de forma hierárquica entre os gestores e trabalhadores de nível superior e médio.

Por essas razões, Campos (1999) denomina a tomada de decisão sobre o diagnóstico ou intervenções terapêuticas como solitária, raramente realizada em grupo, e sugere que a gestão e o planejamento em saúde passem a incorporar saberes e técnicas que valorizem a inter-relação entre equipes e população, tornando-os um instrumento que interfira nas condições de vida, de saúde e de adoecer das pessoas e comunidades.

Campos (1999, p. 4) advoga que a “reordenação do trabalho em saúde por meio do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde”. Soma-se a isso as “diretrizes da gestão colegiada e da transdisciplinaridade das práticas e dos saberes”, as quais possibilitariam a superação dos aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico e ampliariam o compromisso dos profissionais com a produção de saúde (CAMPOS, 1999, p. 4).

Por sua vez, Merhy (1997 *apud* FRACOLLI; EGRY, 2001) sugere a utilização de instrumentos gerenciais que propiciem a “auto-análise” e a “auto-gestão” dos trabalhadores de saúde para a reorientação da Atenção Básica pelo PSF.

Mais do que questionar o que ocorre nos serviços, Merhy (1997 *apud* Fracolli; Egry, 2001) compreende que se deva desenvolver a capacidade de “criar interrogações” sobre o que está ocorrendo, abrindo com isso possibilidades para o “trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas”.

Em Pindamonhangaba, embora haja gerentes de unidades de saúde de formação médica, de enfermagem e odontológica, é comum que os enfermeiros assumam essa responsabilidade. Sobre isso, Fracolli e Bertolozzi (2001-b) pontuam que, a “predominância de enfermeiros não é capaz de romper com as lógicas institucionais que tradicionalmente vem conformando o trabalho em saúde”. Não se consegue transformar o “espaço potencial” em “espaço real”, e continua-se a reiterar o modelo médico-hegemônico.

Corre-se o risco, portanto, de que, influenciados pelo modelo de consulta do médico, devido à alta demanda e a necessidade emergente de resolutividade rápida, além da própria cobrança da população por um pronto atendimento, enfermeiros deixem de se preocupar com estratégias para prevenir doenças e promover saúde, já que a forma como a pessoa vive e trabalha não é considerada como sendo desencadeante ou condicionante do processo saúde-doença (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001-a).

2.6.3 Processo comunicativo

Silva (1996) menciona que, na área da saúde, em que a base de trabalho está nas relações humanas, não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta o processo comunicativo. Segundo a mesma, a comunicação adequada é

aquela que tenta diminuir conflitos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas.

Por ser fundamental no processo de trabalho, Flores (1989 *apud* Fracolli; Maeda, 2000) ressalta que o modo como uma idéia é transferida de uma fonte a um receptor interfere no comportamento do mesmo. Por essa razão, Fracolli e Maeda (2000) entendem que a inadequação do processo de comunicação compromete a construção de sujeitos, o que contribui para a construção de indivíduos sujeitados ao trabalho e não sujeitos plenos da ação.

Como a comunicação é uma ferramenta capaz de abrir caminhos para as ações gerenciais, uma vez que bons gerentes constróem canais comunicativos fáceis, viáveis e saudáveis dentro do ambiente em que trabalham (MAXIMIANO, 2006), é esperado que a gerência consiga mais do que simplesmente organizar o serviço segundo padrões de eficácia e eficiência; ela necessita também poder construir sujeitos sociais nesse território singular de práticas (FRACOLLI; MAEDA, 2000).

No entanto, quando o processo decisório tende a ser centralizado, a participação da equipe, que é o “princípio básico da administração moderna” (BORGES, 1995), torna-se frágil. Borges (1995) parte do princípio de que a decisão tomada deve ser conhecida por todos, e que todo o processo de implantação das atividades inerentes a ela devem ser conhecidas por aqueles que estiverem envolvidos com as respectivas atividades.

No entanto, Fracolli e Maeda (2000) entendem que cumprir a hierarquia estabelecida nos serviços chega a ser mais importante do que estabelecer relações de vínculo e responsabilização com os usuários, o que implica no atendimento desqualificado destes no setor público de saúde.

Craco (2006) aceita que a comunicação é um elemento transformador na construção de modos de cuidar mais humanos e acolhedores, o que, aliado ao fato de que a informação também pode modificar a forma de se trabalhar (BORGES, 1995), permite que o processo comunicativo estabelecido nas unidades de saúde, quando eficiente, faz com que os objetivos sejam claramente definidos, elaborados por todos e convertidos em ações específicas, o que leva o serviço a atingir as metas a que se propõe (BORGES, 1995). Por essa razão, este autor compreende como necessário impor aos indivíduos a responsabilidade por suas relações e pela comunicação entre eles próprios.

Silva (1996) atribui à equipe o papel de conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao usuário e entre os próprios membros. Dentre esses mecanismos, Carvalho e Paula Eduardo (1998) comentam que a equipe não deve esquecer que produzir e analisar informações é suporte básico para a tomada de decisão racional e eficiente.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde enfatiza a utilização de sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões (BRASIL, 2006-a).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um “sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais” (BRASIL, 2004, p. 9) do Programa Saúde da Família (PSF).

É um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados, quais sejam: cadastramento das famílias; acompanhamento de gestantes; acompanhamento de hipertensos; acompanhamento de diabéticos; acompanhamento de pacientes com tuberculose; acompanhamento de pacientes

com hanseníase; acompanhamento de crianças; registro de atividades, procedimentos e notificações (BRASIL, 2004).

Como os dados se referem a populações delimitadas, a construção de indicadores populacionais torna-se possível. A título de exemplo, o ANEXO B aponta os indicadores formulados pelo SIAB em 2003 (BRASIL, 2004, p.45-46). Os indicadores de saúde contribuem para “o monitoramento da situação em áreas geográficas definidas” (BRASIL, 2004, p.7), bem como na “análise do desempenho dos sistemas de saúde municipais, essenciais nas áreas programáticas da Atenção Básica” (ROCHA, 2006, p. 136).

O Ministério da Saúde também considera o SIAB a resposta à necessidade de gerenciamento de informações, para o acompanhamento e avaliação da qualidade dos serviços prestados, tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos gestores municipais (BRASIL, 2003). Pode-se dizer, portanto, que o SIAB é o instrumento que fornece aos gestores de saúde as ferramentas necessárias para o planejamento das ações, e deve, apesar de suas limitações, auxiliar os profissionais de saúde na estruturação do serviço de saúde.

Apesar do descrito, Friedrich; Pierantoni (2006), ao estudarem unidades de saúde de Juiz de Fora, perceberam que as informações, apesar de produzidas, geralmente não são divulgadas, o que não facilita tomadas de decisões acertadas, de modo que possam melhorar o nível de saúde de determinada população.

2.6.4 Educação permanente dos recursos humanos

A reciclagem de pessoal é entendida por Malik *et al* (1998) como um modo de proporcionar a integração entre colegas de trabalho, capaz de viabilizar um ambiente mais harmônico e sadio. Os autores acreditam que o treinamento pode

demonstrar preocupação com o bem estar do funcionário e deve proporcionar o reforço de conceitos éticos muitas vezes esquecidos ou sub-valorizados.

Segundo Uribe (2001), a aprendizagem é um processo contínuo que visa aprender a perceber ou a reinterpretar uma situação; aprender como aplicar essa percepção para a formulação de uma ação; aprender como implementar as ações pretendidas; aprender como manter estes três últimos itens ativos e abertos a constante revisão.

Cianciarullo, Silva e Cunha (2005) apontam a capacitação como uma estratégia para o desenvolvimento de competências que compõe o capital intelectual capaz de gerar novos conhecimentos para que novas maneiras de trabalhar possam dar conta de executar “velhas” atividades. É o caso da Estratégia Saúde da Família, a qual visa reorganizar a Atenção Básica à Saúde, de tal maneira que o modo de produção médico-centrado, com foco na clínica e na resolução imediata das queixas, ceda lugar a uma produção de serviços de saúde usuário-centrada com foco na integralidade da assistência e nas ações de prevenção de agravos, reabilitação dos processos doentios instalados e promoção de saúde.

Parte-se do princípio que é necessário uma “abordagem corajosa” dos profissionais da saúde, acostumados a seguirem normas e rotinas pouco ou quase nunca revisadas, para que se dê a atuação no contexto das famílias (CIANCIARULLO, 2005), e daí a importância do processo de aprendizagem, o qual reflete diretamente no desempenho dos funcionários, na qualidade da atividade, na maior habilidade para trabalhos em equipe e no alcance de conhecimentos que auxiliam o processo decisório (OLIVEIRA; ITUASSU, 2006).

Uribe (2001) entende que o processo de aprendizagem (perceber, reinterpretar, aplicar, implementar, manter e avaliar) se aproxima do escopo do

planejamento, mas autores como Russo, Ruiz e Cunha (2005) ressaltam que dentre as habilidades gerenciais mais presentes na fase de planejamento (liderança, influência, confiabilidade e consciência organizacional), a habilidade para desenvolver e treinar membros da equipe não é expressiva. Portanto, questiona-se como fortalecer e tornar coesa uma equipe, desenvolver as competências, habilidades e atitudes imprescindíveis para o alcance de objetivos comuns sem educação permanente.

Investir, portanto, em educação permanente, além de ser uma estratégia para que os gerentes possam liderar seus funcionários na realização de projetos de sucesso é uma forma de se adquirir sistematicamente atitudes, conceitos, conhecimentos, regras e habilidades que resultam em uma melhoria do desempenho no trabalho.

Como a capacitação também é considerada um recurso útil para viabilizar a execução de propostas no processo de planejamento (SCHOLSE, 2006), e determinante de mudança de postura (OLIVEIRA; ITUASSU, 2006), necessária ao enfrentamento do processo de reversão do modelo assistencial proposto pelo PSF, é relevante manter, no ambiente organizacional, espaços permanentes para educação contínua dos profissionais de saúde.

2.7 Planejamento Estratégico Situacional - PES

Oliveira (2001, p. 9) difere planejamento de improvisação, quando ressaltava que “um processo de trabalho planejado é um processo de trabalho não improvisado”, ou seja: uma gestão planejada procura prevenir fatos indesejáveis, enquanto que a gestão não planejada não se preocupa com os mesmos, o que quer

dizer que “quando os problemas ‘explodem’, as providências são improvisadas e dificultam a sua solução” (OLIVEIRA, 2001, p. 25).

Segundo Oliveira (2001), o planejamento é a forma de diminuir os riscos das emergências, o que facilita a intervenção nos acontecimentos, uma vez que possibilita a ocorrência de fenômenos desejados e a prevenção do que não se almeja. Consoante com este autor, Bourget (2005-a), afirma que é por meio do planejamento que se transforma uma situação indesejada em outra, desejada, uma vez que permite identificar problemas, cuja resolução leva ao funcionamento mais adequado da organização.

Kamimura e Molina (2004) comentam que, com o planejamento, a situação atual dos recursos disponíveis pode ser analisada, e as informações e os planos elaborados a partir dele podem contribuir para que as pessoas envolvidas alcancem os resultados esperados.

Meyer (1997) aponta que o processamento de planejamento é uma atividade inerente ao ser humano. O autor o descreve de modo que a pessoa

quer o faça consciente, ou inconscientemente, o homem está sempre pautando suas ações futuras de acordo com a escolha de alternativas que lhe são aventadas continuamente. Esta é a perspectiva do senso comum, em que o pensamento racional precede a ação.

Como, normalmente, o processo decisório gerencial não é programável, mas fragmentado e de curto prazo (MOTTA, 1993 *apud* MEYER, 1997), Meyer (1997) refere que, em muitos casos, os planos estão presentes apenas na mente dos dirigentes.

No entanto, esta autora pontua que, num ambiente de freqüentes transformações, a eficácia das organizações depende de sua capacidade de adaptação e resposta rápida às novas demandas, ambas otimizadas por meio da implementação de mecanismos e procedimentos sistematizados.

A baixa capacidade gerencial, contudo (SANTANA, 1997 *apud* FERREIRA, 2004), a falta de maturidade do gerente e o pouco tempo destinado a planejar pelo mesmo (RUSSO; RUIZ; CUNHA, 2005), não eximem a responsabilidade do serviço de não planejar (MEYER, 1997).

Na saúde, Silva *et al* (2006) apontam o planejamento como a base para o desenvolvimento das ações pelos gestores e equipes de saúde da família. Conforme Rocha (2006, p. 135), o planejamento favorece a identificação de “potencialidades e fragilidades para a implementação da Atenção Básica e favorece a construção de intervenções positivas nesse acompanhamento, voltadas a melhorias do cuidado e da gestão”. Por essa razão, o autor discorre sobre a importância de aperfeiçoar as tecnologias de gestão, de transformar as práticas de saúde e os processos de trabalho, bem como implantar sistemas de monitoramento e avaliação das ações realizadas, etapas pertinentes ao processo de planejamento.

Nesse sentido, Tancredi, Barrios e Ferreira (1998 *apud* KAMIMURA; MOLINA, 2004) afirmam que são muitos os métodos de planejamento, sendo que, segundo esses pesquisadores, o melhor deles é aquele que auxilia numa determinada situação, conforme a complexidade dos problemas.

O Planejamento Estratégico Situacional, elaborado por Matus (1993 *apud* Bourget, 2005-a) introduziu os conceitos de abordagem realizada em diferentes cenários, com explicação multicausal dos problemas e com a participação de todos os atores sociais envolvidos. Este método de planejar, conhecido como PES, passou a ser muito utilizado no setor de saúde.

Kamimura e Molina (2004) apontam o PES como um método de resolução de problemas detectados na realidade, confrontados a um padrão considerado não adequado ou não tolerável, e que motivam os atores sociais a enfrentá-los.

Ciampone e Peduzzi (2001, p.27) propõem que o modo de elaborar o PES seja incorporado pela equipe que trabalha no PSF, como uma ferramenta a ser utilizada no gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que leva em conta os princípios de inclusão e controle social, além de ser condizente com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, os quais fundamentam as propostas do PSF.

Contudo, o PES é considerado um recurso de difícil aplicação no nível local de saúde, apesar de Artmann, Azevedo e Castilho Sá (1997) reconhecerem sua importância na construção de um projeto coletivo e na ampliação dos processos comunicativos.

Sobre algumas das desvantagens do planejamento formal, Meyer (1997) aponta a ausência ou indefinição de objetivos, ou por serem ambíguos, arbitrários ou mutáveis; a dificuldade de se estabelecer prioridades, uma vez que o ser humano possui um conhecimento fragmentado das condições que cercam sua ação; e o descompasso entre planejamento e ação, pois muito do que é planejado não é implementado e vice-versa.

Apesar das dificuldades mencionadas e do risco de se inviabilizar a formação de práticas que garantam a acessibilidade aos serviços de saúde, levando ao rompimento da integralidade desses serviços com a rede assistencial, quando o planejamento realizado não for calcado em informações sólidas (FERREIRA, 2004), são muitas as vantagens relacionadas à elaboração do planejamento formal (MEYER, 1997):

Favorece ao comportamento sinérgico em direção única; interação com o ambiente de modo reativo, adaptativo e pró-ativo; propicia alocar recursos para negociar situações futuras; orienta e agiliza o processo decisório, uma vez que fornece e sistematiza os parâmetros e as informações; força o gerente a desligar-se das atividades do dia a dia e a assumir a responsabilidade de alocar tempo e raciocínio no delineamento do perfil futuro da organização.

No que trata à condução da demanda espontânea, o risco de improvisação por parte dos profissionais é maior, ou seja, os objetivos a serem alcançados recebem tratamento secundário e são definidos de forma imprecisa, o que leva a interpretações diferentes para as pessoas envolvidas na sua consecução (OLIVEIRA, 2001). Como mencionado anteriormente, os problemas acontecem (ocorrência de uma demanda que não está programada para aquela ocasião) e as providências geralmente são improvisadas, porque não houve planejamento prévio.

Ainda assim, Geus (1997 *apud* Uribe, 2001, p. 3), refere que “o verdadeiro propósito do planejamento eficaz não é fazer planos, mas mudar o microcosmo, os modelos mentais que os tomadores de decisões carregam em suas mentes”.

Segundo Uribe (2001), ao líder cabe facilitar o processo de trazer à tona os modelos mentais e visões da realidade das pessoas, além de promover o pensamento sistêmico no sentido daquele pensamento voltado para as causas estruturais ou profundas dos fenômenos.

Este autor revela que “o segredo não está em obter a estratégia certa, mas em promover o pensamento estratégico”, mesmo porque, Pires e Blank (2004) consideram necessário que os profissionais e as instituições tenham clareza de que as possibilidades de sucesso e fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórica-estruturais que atuam sobre eles.

2.7.1 Momentos do Planejamento Estratégico Situacional: explicativo, normativo, estratégico, operacional

Segundo Wright, Kroll e Parnell (2000, p.24), a “estratégia refere-se aos planos da alta administração para alcançar resultados consistentes com a missão e os e os objetivos gerais da organização”. Pontuam haver três pontos importantes a serem considerados na estratégia: a formulação da mesma; sua implementação e seu controle, ou seja, modificar a estratégia para assegurar que os resultados desejados sejam alcançados.

No ambiente estratégico, é responsabilidade dos integrantes da alta administração analisar as oportunidades e ameaças externas, bem como os pontos fortes e fracos do ambiente interno (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000). Na área da saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é considerado o modelo ideal para as organizações do setor (RIVERA, 1996).

Para Lana e Gomes (1996), o PES trabalha com dois conceitos básicos: o da situação, que é o lugar social onde está situado o ator e a ação, e representa o olhar desse ator sobre a realidade; e a teoria da produção social, a qual sustenta que a explicação situacional dos problemas deve ser feita não apenas por meio da análise superficial daquilo que produz os fatos, mas pela análise das estruturas determinantes dos fenômenos (as organizações sociais, econômicas e ideológicas, o modo de produção e as classes sociais).

O planejamento em saúde abre espaços para a democratização do setor saúde, pois reconhece os direitos do cidadão, incorpora suas necessidades e permite que o controle social interfira sobre a produção dos serviços (LANA; GOMES, 1996). Conforme esses autores, os trabalhadores devem se colocar como

sujeitos do processo, de modo que seja possível construir um projeto de transformação das práticas de saúde.

Bourget (2005-a) afirma que o ponto de partida para um bom planejamento é o conhecimento da realidade ou diagnóstico da situação. Seguem-se a ele os seguintes passos: identificar problemas, classificar e priorizar problemas, traçar objetivos e metas, propor atividades, identificar recursos necessários, executar as atividades, monitorar e avaliar o processo.

No que trata o PES, Matus (1989, *apud* LANA; GOMES, 1996) prevê quatro momentos para o desenvolvimento do seu enfoque metodológico:

O momento explicativo, pelo qual os problemas são explicados de forma situacional e hierarquizada. No que se refere à identificação do problema, Bourget (2005-a, p. 38) entende problema é “toda situação que dificulta ou impede o bom funcionamento da organização e, conseqüentemente, leva a mesma a produzir menos, em quantidade e ou qualidade”. Sua classificação envolve o nível de governabilidade de quem realiza o planejamento, seja pela realização de atividades ou com o esforço de seu superior imediato (BOURGET, 2005-a).

Para Bourget (2005-a), uma vez explicado o problema, ou seja, a tentativa dos gerentes, de todos os funcionários e usuários em elaborar a rede de causalidades que envolvem os nós críticos, procuram-se estabelecer prioridades e o grau de governabilidade de cada ator no enfrentamento das questões.

O momento normativo é a “situação objetivo”, o que corresponde ao “deve ser” do plano, das operações que enfrentarão os problemas (MATUS, 1989, *apud* LANA; GOMES, 1996).

Por meio dele, traçam-se os objetivos a serem alcançados a curto, médio e longo prazo com base na análise dos problemas identificados e nas prioridades

estabelecidas, porque todo o conhecimento adquirido até então é reorientado para onde se quer chegar (KAMIMURA; MOLINA, 2004).

Conforme Bourget (2005-a, p. 43) as prioridades podem ser definidas segundo:

sua magnitude (quantidade de população afetada pelo problema), vulnerabilidade (existência de meios para combater o problema), eficácia (efeito dos meios que podem ser utilizados), eficiência (relação entre os custos e os resultados das medidas adotadas), transcendência (gravidade e impacto do problema) e atitude da comunidade (grau de importância atribuído pela comunidade ao problema).

O momento estratégico é, segundo Matus (1989, *apud* LANA; GOMES, 1996), o momento do “pode ser” e do “como fazer”, pois inclui a formulação de uma estratégia e a análise de viabilidade em três níveis (viabilidade política, econômica e institucional-organizativa). Bourget (2005-a) ressalta que, mesmo quando a governabilidade dos problemas está muito distante do nível de atuação de quem planeja, não necessariamente significa que a resolução do problema tenha sido abandonada. Pode apenas fazer parte de um outro nível da organização, para a qual se encaminha a solicitação de providências, e de quem se cobram os resultados (BOURGET, 2005-a).

Quando o grupo se esforça para construir a viabilidade das ações pretendidas, mapeando os atores que podem cooperar ou se opor ao que está sendo proposto, justamente nesta fase, na qual o grupo reforça a “definição concreta do que fazer, quem fará, quando, onde, com quem, com que recursos e para quê”, é que os conflitos aparecem (KAMIMURA; MOLINA, 2004, p. 140).

Por último, o momento tático-operacional, o qual corresponde à programação de curto prazo, e inclui a tomada de decisão, controle e avaliação (MATUS, 1989, *apud* LANA; GOMES, 1996). De acordo com Kamimura e Molina (2004, p. 141), o

fazer é considerado “parte do plano e não uma etapa posterior. Assumir essa proposta estratégica de planejamento pode ser uma forma de construir um novo modo de pensar que supere a rotina, a inércia burocrática”.

O Quadro 1 exemplifica, conforme apontamentos de Bourget (2005-a), uma lista de problemas comumente identificados no planejamento do nível local do setor público de saúde. A primeira coluna refere-se aos problemas que serão objeto do plano de ação a ser elaborado, juntamente com os problemas da segunda coluna, mas que geram uma demanda de operação, porque o nível local vai encaminhá-los para órgãos competentes para que providências sejam tomadas.

Já os problemas da terceira coluna não apresentam muitas chances de serem resolvidos a curto prazo, somente a médio e a longo prazo, por meio de ações intersetoriais e com o envolvimento, de toda a comunidade local e instituições governamentais e não governamentais (BOURGET, 2005-a).

Por exemplo: se o acolhimento, enquanto demanda espontânea, é visto com desgastante para a equipe de saúde, ou, se organizar este evento na unidade de saúde da família é tido como um problema, entende-se que o primeiro passo do PES seria identificar suas causas ou nós críticos e analisá-los. É o que, Kamimura e Molina (2004) denominam a fase em que se busca todas as informações, indicadores e metodologias existentes para o alcance do diagnóstico situacional mais próximo ao real.

PROBLEMA QUE PODE SER RESOLVIDO COM A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES	PROBLEMA QUE PODE SER RESOLVIDO COM ESFORÇO DE SUPERIORES IMEDIATOS	PROBLEMA QUE NÃO PODE SER RESOLVIDO PELOS SUPERIORES IMEDIATOS
No. de famílias cadastradas abaixo ou acima do recomendado	Falta de recursos humanos	Insatisfação com os salários
Existência de recursos humanos despreparados	Falta de medicamentos	Insatisfação com a política de saúde
Falta de motivação para o trabalho	Falta de outros materiais de consumo	Baixa prioridade do governo para o setor de saúde
Falta de integração dos setores de trabalho	Falta de equipamentos	Violência urbana
Falta de integração com a comunidade	Necessidades de reformas de instalações físicas	Tráfico de drogas, baixas condições de vida da população
Agenda de trabalho desorganizada	Falta de pessoal capacitado, falta de sistema de referência para especialistas e hospitais	Más condições de moradia da população
Fluxo interno dos usuários inadequado	População descoberta com água tratada e rede de esgoto	
Baixa cobertura de pré-natal	Existência de população em idade escolar fora da escola	
Baixa cobertura de acompanhamento de crianças menores de 1 ano	Falta de sistema de coleta de lixo	
Alta proporção de crianças desnutridas		
Baixa proporção de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo		
Baixa cobertura vacinal em crianças menores de dois anos		
Alta proporção de gestantes menores de 20 anos		
Baixa proporção de gestantes que iniciam o pré-natal no 1º trimestre		
Baixa captação e acompanhamento de hipertensos		
Baixa captação de diabéticos		
Baixa captação de tuberculosos		
Baixa captação de hansenianos		
Baixa proporção de famílias cadastradas e acompanhadas pelos ACSs		
Alta proporção de pacientes encaminhados para especialistas		
Alta proporção de pacientes encaminhados para internação		
Insuficiência de atividades educativas		
No. alto de atendimentos à população não cadastrada		

Quadro 1 Exemplo de problemas de saúde na Atenção Básica, segundo Bourget (2005-a)

Em suma, o diagnóstico situacional deve ser o mais abrangente possível, incluindo informações gerais da área de abrangência de uma unidade de saúde da família, a rede social e os segmentos organizados que representam os usuários dos serviços (BOURGET, 2005-a).

Contudo, a própria autora ressalta a dificuldade de se elaborar um bom diagnóstico de situação no nível local, e propõe um “conjunto de situações problemas que, em sendo resolvidas, permitirão maior eficiência do funcionamento dos serviços” (BOURGET, 2005-a, p. 49). São informações obtidas pelo SIAB e que auxiliam na construção de indicadores (ANEXO C), razoavelmente diferentes daqueles exemplificados no ANEXO B.

3 PROPOSIÇÃO

O Sistema Único de Saúde, concebido formalmente em 1988, apresenta como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a hierarquização, ou seja, todo e qualquer indivíduo tem direito à saúde e, portanto, deve ter acesso aos serviços de saúde conforme o grau de complexidade de seu agravo, sendo que aqueles cujo problema for considerado de maior gravidade têm a prioridade neste acesso. Há ainda de se considerar o indivíduo como um inteiro indivisível em órgãos ou patologias, mas como um ser humano complexo dotado de peculiaridades singulares tanto no campo do físico, como no emocional, social, espiritual e em suas relações com outros, com a família, com o bairro e a comunidade em que vive.

O Programa Saúde da Família (PSF) vem, em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde para se acrescentar a estes fundamentos as diretrizes da territorialização, da vigilância epidemiológica, do trabalho em equipe e em redes para a construção da cidadania, partindo do pressuposto de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e, assim, pode ser modificado na medida em que se atua nas formas de viver e se trabalhar de uma pessoa.

O conceito de diagnóstico situacional (vide Capítulo II, Seção 1, parágrafos II e III em anexo A), incorporado aos preceitos supracitados em 2006, não apenas potencializa, como também direciona e responsabiliza os gestores a formular políticas e projetos de saúde baseados nos princípios da administração estratégica.

Nesse contexto, pensar, executar, modificar e avaliar ações de saúde pertinentes, condizentes e coerentes com os problemas locais, diagnosticados anteriormente, só se faz possível por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

É ele que fornece os subsídios necessários para que o vínculo e os processos comunicativos que envolvem o gerente, a equipe e o usuário se façam presentes, facilitando os projetos coletivos e propiciando o acesso aos serviços de saúde, uma vez que tem como pano de fundo a inclusão e o controle social, bases para a fundamentação do PSF na Atenção Básica.

A realidade, via de regra, evidencia uma oferta de serviços de saúde inferior à procura, o que leva a crer que a acessibilidade do usuário é freqüentemente comprometida. Contudo, existem Unidades de Saúde da Família (USF) que manejam esta dificuldade de forma melhor que outras, talvez pela forma como os gestores lidam com os conflitos que permeiam as demandas programada e espontânea.

A primeira é considerada neste estudo como a demanda produzida pelas pessoas que têm agendadas consultas médicas ou de enfermagem. Geralmente são os portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tuberculose, hanseníase, as crianças e as gestantes, consideradas prioridade no PSF, tendo em vista o registro destas produções nos formulários do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), bem como os protocolos de conduta fornecidos pelo Ministério da Saúde a esses grupos.

Já a demanda espontânea, também denominada acolhimento pelo PSF, é aquela que não tem uma consulta agendada e que procura o serviço de saúde seja por uma urgência, uma complicação de um processo doentio, a descompensação de alguma doença, como níveis pressóricos elevados ou hiperglicemia e, até mesmo, para a exigência de um atendimento médico, seja para a avaliação de um exame, por uma queixa específica aguda, para um encaminhamento a outro serviço ou

especialidade médica ou para requerer medicamentos com ou sem prescrição em receita. É a demanda circunstancial, mas não totalmente imprevisível.

O acolhimento não se caracteriza pela total imprevisibilidade porque tanto a equipe quanto os gerentes de unidade têm condição de prevê-lo com um diagnóstico situacional bem feito. Por exemplo: a procura por validação da receita médica se dá entre os usuários de medicamentos de uso contínuo, basicamente os portadores de hipertensão, diabetes e problemas respiratórios crônicos.

O cadastramento familiar de cada microárea de abrangência da USF é capaz de dar conta de um número previsto de pessoas com essas patologias, registradas no SIAB e classificadas conforme sua gravidade para o planejamento dos retornos em consulta para acompanhamento. Portanto, se os dados coletados forem avaliados e interpretados a contento, há de organizar o serviço para que cada indivíduo receba sua cota de medicamentos mensais, sem se preocupar em agendar uma consulta médica apenas para validar a receita, sobrecarregando o sistema.

O mesmo se dá para as outras situações expostas. O usuário talvez não precisasse solicitar encaminhamento para um especialista se tivesse se consultado de forma integral e holística, e não apenas com a queixa atual. Talvez a demanda por exames considerados preventivos como mamografia e colpocitologia oncótica não fosse tão alta se os profissionais já o fizessem na própria consulta, independente da “queixa” do paciente ser outra.

Até mesmo os casos em que os sintomas referidos pelo usuário induzem o profissional de saúde a cogitar uma doença descompensada, se não fossem tratados apenas circunstancialmente, mas imediatamente inseridos em um rol de ações como uma consulta médica ou com o enfermeiro, uma visita domiciliar, ou a

prescrição de controles mais rigorosos, talvez ajudasse o profissional a considerar esta pessoa como prioridade no sistema de atendimento, promovendo sua inclusão.

Deste modo, o PSF de Pindamonhangaba será indiretamente avaliado, pois se acredita que a qualidade do serviço prestado depende da forma como o gerente local conduz a Unidade Saúde da Família e, no caso em questão, o contexto do acolhimento servirá para identificar a existência ou não do PES enquanto estratégia gerencial de intervenção na condução da demanda espontânea que acessa o serviço de saúde. Outra variável da qual depende a qualidade do serviço é justamente o ponto de vista daquele que usufrui este serviço e é alvo de uma ação gerencial pertinente ou não a um planejamento prévio. Não se pode menosprezar ainda o técnico, que é quem executa a ação formulada pelo gerente e, como tal, pode trazer à tona todo um rol de significados singulares para a tríade planejamento-execução-avaliação.

A determinação da “unidade de análise” (MINAYO et al, 2005, p.93), ou seja, cada USF do Município de Pindamonhangaba, o estabelecimento de critérios para a interpretação dos dados obtidos e o esclarecimento da lógica que envolve cada discurso, tudo leva a uma “cadeia de evidências relevantes”. Por essas razões, Diniz (1999, p. 49) leva-nos a crer que “o caso” pode ser considerado a “unidade significativa do todo”, em outras palavras, cada USF estudada poderá representar todas as outras USFs e, portanto, a estrutura do PSF de Pindamonhangaba.

Diante do exposto a proposta deste estudo parte da seguinte hipótese de trabalho: a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) pelos gestores, enquanto ferramenta gerencial, leva a uma resposta eficaz na condução da demanda espontânea.

São dois os pressupostos: a de que a utilização do PES pelos gestores leva a uma resposta eficaz na condução da demanda espontânea; e a de que sua não utilização pode levar a um resultado insatisfatório e ineficaz na condução desta demanda, ainda que outras estratégias sejam utilizadas.

3.1. O Município de Pindamonhangaba

O Cone Leste Paulista abrange as regiões do Vale do Paraíba, Litoral Norte, Região Serrana, Região Bragantina e Região do Tietê. Neste estudo em particular, concentraremos atenção no Vale do Paraíba, localizado no eixo Rio - São Paulo, segundo maior pólo do Estado de São Paulo, com uma população de cerca de 1,8 milhões de habitantes, ocupando uma área aproximada de 7,4 mil km² (PINDAMONHANGABA, 2007).

Pindamonhangaba é um município do Vale do Paraíba e é cortado pela Rodovia Presidente Dutra, que liga as cidades de São Paulo (a uma distância de 140 km) e Rio de Janeiro (à distância de 260 km). Apresenta área total de 746 km², dos quais 213 km² pertence ao Distrito de Moreira César. Situa-se na região sudeste do Estado de São Paulo e é cercada pelas Serras do Mar e da Mantiqueira (PINDAMONHANGABA, 2007).

Seus limites geográficos abordam, ao norte, a cidade de Campos do Jordão; à nordeste, as cidades de Santo Antônio do Pinhal e Monteiro Lobato; ao sul, Taubaté; à oeste, Tremembé; à leste, Roseira e, à noroeste, Potim e Guaratinguetá (PINDAMONHANGABA, 2007).

Pindamonhangaba também participa do CODIVAP (Consórcio de Desenvolvimento Integrado do Vale do Paraíba, Litoral Norte e Serra da

Mantiqueira), buscando expandir seu parque industrial, gerar novos empregos e riquezas e atrair novos investimentos na agricultura, no intuito de fixar o homem ao campo.

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2007), em 2006 o município contava com uma população de 142.355 habitantes e uma densidade demográfica de 187,40 (dado de 2005), com 95,08% de grau de urbanização (dado de 2005).

Esta Fundação “investiga a capacidade administrativa e financeira das prefeituras, além da realidade socioeconômica, cultural e urbana através de levantamentos realizados em todos os municípios do Estado de São Paulo”. Seu conteúdo se faz importante diante das transformações de gestão pública, principalmente no que trata a definição de prioridades de intervenção, formulação de planos e definições de estratégias de gerenciamento, avaliação das políticas públicas e municipais, bem como a análise de programas e ações sociais.

No estudo, alguns destes dados serão relevantes para a compreensão do estabelecimento de prioridades definidas pelos gerentes das USFs em conformidade com a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba, além das ferramentas gerenciais utilizadas para a condução das ações de saúde.

Os dados publicados são compostos de duas mil variáveis agrupadas em 13 temas: assistência e desenvolvimento social; comunicações e informática; cultura, esporte e turismo; estrutura administrativa; finanças públicas municipais; limpeza pública; meio ambiente; saneamento; saúde e transporte (SEADE, 2007). Dá-se ênfase ao tema assistência e desenvolvimento social e ao tema saúde, pertinentes à presente pesquisa.

Conforme publicação pela Fundação SEADE (2007-a), tanto em 2002, como em 2004, o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS categorizava Pindamonhangaba no grupo 2, ou seja, grupo “municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais”.

Os indicadores do IPRS sintetizam a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade. Pindamonhangaba classifica-se no grupo dois, justamente por apresentar alto índice de riqueza municipal e baixos índices de longevidade e escolaridade (dados de 2004), conforme demonstra a Tabela 1 (SEADE, 2007).

Tabela 1 - Parâmetros para a classificação do município por dimensões do IPRS, segundo categorias

CATEGORIA	DIMENSÕES DO IRPS					
	RIQUEZA MUNICIPAL		LONGEVIDADE		ESCOLARIDADE	
	Parâmetro de IPRS	IPRS real	Parâmetro de IPRS	IPRS real	Parâmetro de IPRS	IPRS real
BAIXA	IPRS<42	-	IPRS<68	67	IPRS<53	50
MÉDIA	-	-	69<IPRS<72	-	54<IPRS<57	-
ALTA	IPRS> 43	47	IPRS> 73	-	IPRS>58	-

Fonte: Espaço e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo. Disponível na Internet: <<http://www.seade.gov.br>> Acesso em 19/05/07

Dados de 2000 revelam que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM era de 0,815, com renda *per capita* de 2,19 salários mínimos (SEADE, 2007).

Em Pindamonhangaba, pesquisa realizada em 1999 sobre Assistência e Desenvolvimento Social, inexistem estudos ou pesquisas sobre a situação sócio-econômica da população total e da população assistida, apesar dos registros de cadastramentos das famílias pelo SIAB em algumas regiões do município. Também no que se refere ao quesito Saúde, a relação de profissionais de nível universitário e de nível médio, sob a gerência da prefeitura, alocados nas ações de vigilância

epidemiológica e de vigilância à saúde, apesar de evoluir entre os anos de 1997 e 1999, ressalta o alto número de profissionais sem curso superior em cargos de gerência (vide Tabela 2), o que sugere a dificuldade de utilização do Planejamento Estratégico Situacional e todas as conseqüências negativas decorrentes de sua não utilização.

Tabela 2 - Número de profissionais de nível universitário e médio ocupando o cargo de gerência nas ações de vigilância epidemiológica e de vigilância à saúde, segundo a Fundação SEADE (2007)

ANO	1997		1999	
	Nível médio	Nível superior	Nível médio	Nível superior
Vigilância Epidemiológica	3	1	4	7
Vigilância à Saúde	8	3	14	17

Fonte: Espaço e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo. Disponível na Internet: <<http://www.seade.gov.br>> Acesso em 19/05/07

4 MÉTODO

A triangulação de métodos propõe uma forma de avaliação não apenas de programas sociais, como o PSF, mas da relação existente entre o PES e a demanda espontânea por meio da auto-avaliação e reflexões oriundas dos três atores pertencentes a este contexto: os gerentes, os técnicos e os usuários.

Uma pesquisa exploratória, nos moldes de estudo de casos múltiplos e qualitativo, em que se avaliam algumas USFs do PSF de Pindamonhangaba, por meio de um roteiro para entrevistas abertas, pode auxiliar na verificação de significados comuns e ao mesmo tempo ímpares de cada ator, que farão do caso a unidade significativa do todo, revelando se os modelos de gestão do PSF precisam ser repensados.

O método utilizado no estudo é o proposto por Minayo, Assis e Souza (2005): “Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais”, organizado por estas pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz.

Minayo (2005), ao defini-lo, descreve-o como uma técnica que envolve um processo sistemático de fazer perguntas sobre um determinado assunto considerado relevante e, como método de avaliação de programas ou projetos sociais, busca fortalecer o movimento de transformação da sociedade.

A avaliação por triangulação constitui um “*tercius*”, na medida em que os avaliadores não são nem quem formula e nem quem demanda. No processo, “tanto os formuladores e os beneficiários como os gestores e os técnicos serão chamados a se auto-avaliarem”. (HENRIQUES, 2005 *apud* MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 12).

Assim, os atores do PSF – como é o caso - não são, conforme Minayo (2005), os objetos de estudo, mas os sujeitos que se relacionam e têm uma visão particular do cenário em que estão envolvidos.

Segundo Penna Firme (2004 *apud* MINAYO, 2005, p.19), para que se dar a utilização deste método, destacam-se quatro dimensões: “utilidade, pois jamais se deve empreender uma avaliação inútil; viabilidade do ponto de vista político, prático e de custo benefício; a ética, que ressalta o respeito aos valores dos interessados; e o da precisão técnica”.

O presente estudo encontra-se, ainda, dentro dos preceitos éticos da Resolução 196, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Taubaté, bem como pela Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da Prefeitura de Pindamonhangaba/SP. Todas as entrevistas daqueles que se permitiram fazer parte do estudo foram gravadas pela pesquisadora sob a autorização do pesquisado, firmando-se entre as partes que o conteúdo gravado será utilizado apenas com fins científicos, conforme consentimento livre e esclarecido em anexo. A coleta de dados foi facilitada pelo fato de a pesquisadora ser enfermeira da Prefeitura de Pindamonhangaba, o que propiciou contato com os diversos atores de várias unidades de saúde.

Também é considerado um projeto viável, pois é adequado ao período de 24 meses proposto pelos critérios de defesa de Dissertação de Mestrado, além do baixo custo em relação aos possíveis benefícios obtidos para o PSF de Pindamonhangaba, uma vez que, detectadas ferramentas gerenciais eficazes na condução da demanda espontânea de uma unidade, estas poderão ser utilizadas por outros gerentes. Da mesma forma, as estratégias que não se mostrarem eficazes poderão, com o tempo, ser substituídas, quando possível, por outras.

No que trata a utilidade da pesquisa, a Secretaria da Saúde e Promoção Social poderá utilizá-la para capacitação gerencial, por exemplo. No nível local, ou seja, em cada Unidade de Saúde da Família, um relatório com os principais resultados encontrados será de grande utilidade para que gestores, técnicos e clientela possam discutir seu conteúdo dentro do espaço de reuniões. A possibilidade de se estabelecer protocolos que contribuam com os gerentes de unidade na estruturação de fluxogramas de atendimento que facilitam o acesso à população também contempla o quesito “utilidade” da metodologia utilizada.

Por último, quanto à precisão técnica, ainda que a metodologia seja de natureza qualitativa, e a entrevista seja semi-estruturada, nada a invalida tecnicamente, mesmo porque a fidedignidade da pesquisa é fundamentada na avaliação crítica, na comprovação dos dados coletados e na eliminação de dados inconsistentes (DINIZ, 1999).

4.1 Estudo de caso qualitativo

Minayo *et al* (2005, p. 93) definem o estudo de caso como uma estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o *como* e o *por quê* de alguma situação ou episódio, frente a qual o avaliador tem pouco controle.

Os mesmos autores acrescentam que o estudo de caso visa aumentar a compreensão de um fenômeno social, tanto quanto evidenciar as ligações entre as intervenções e situações de vida real, o contexto em que uma intervenção ocorreu ou o rumo de uma intervenção em curso e as estratégias para modificá-la. Partindo desse pressuposto, o presente estudo procura entender o Programa Saúde da Família (PSF) de Pindamonhangaba a partir da relação existente (ou não) entre a tomada de decisão gerencial e a demanda espontânea que acessa o serviço de

saúde, bem como se a estratégia utilizada foi ou não baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES).

A abordagem qualitativa foi escolhida para esta pesquisa porque leva em conta a compreensão dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores, tais como os que vivenciam o “modo de se produzir” e o “modo de se consumir” no contexto do PSF. A pesquisa qualitativa também trabalha com atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem, até onde se possa atribuir um significado subjetivo (MINAYO *et al*, 2005).

Diniz (1999, p. 46), acrescenta que “o estudo de caso volta-se à realidade objetiva, investigando e interpretando os fatos sociais que dão contorno e conteúdo a essa realidade”, tal como a realidade vivenciada por cada ator, seja o gestor, o técnico ou o usuário.

Pela sua natureza, o método é considerado exploratório, pois propõe uma busca e não uma verificação de informações. “Seu objetivo é a descoberta de idéias que sejam úteis, críticas e norteadoras de novas atitudes em relação ao mundo” (DINIZ, 1999, p. 50).

Desse modo, o estudo configura sua importância no fato de “não fazer do conhecimento descritivo o alvo essencial, mas de promover a ruptura do senso comum, através de um processo de compreensão dos elementos mais significativos, investigados com profundidade” (DINIZ, 1999, p. 46).

No estudo de caso, o pesquisador aproveita as “evidências empíricas e as inferências produzidas, correlacionando-as para alcançar a interpretação dos fatos, dentro de um sistema explicativo mais amplo” (DINIZ, 1999, p.49). Por essa razão, as informações coletadas por meio dos discursos dos gerentes, dos técnicos e dos

usuários de cada USF selecionada para o estudo, uma vez transcritas, foram minuciosamente avaliadas, de modo a correlacionar a fala de um sujeito com a de outro, e comparar o produto com um “quadro de referência teórico”, sempre objetivando os significados que permeiam o discurso.

Não sem razão que a amostragem qualitativa deste estudo segue as características previstas por Minayo (2004 *apud* MINAYO, 2005): prioriza os sujeitos que possuem os atributos que se deseja conhecer, ou seja, aqueles que vivenciam a realidade exposta até então; trabalha com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças, daí a escolha por atores distintos em seus pontos de vista, em suas funções, em seus locais de trabalho ou em seus locais de atendimento; busca que a escolha do campo e dos grupos a serem observados contenham o conjunto das experiências que se pretende captar e, portanto, a opção de quatro USFs diferentes entre si em seus modos de produzir serviço e em territórios singulares; e, por último, a amostragem qualitativa considera que o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência das informações, sem desprezar informações ímpares.

4.2 Atores sociais contemplados no estudo

Das unidades de saúde da família (USF) de Pindamonhangaba, optou-se por escolher quatro (USF-1, USF-2, USF-3, USF-4), num estudo de casos múltiplos qualitativos.

Levou-se em conta que nas USFs de Pindamonhangaba, existem “gerentes” que são enfermeiros, médicos ou dentistas, e “técnicos” que geralmente são auxiliares ou técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e agentes

comunitários. Portanto, a escolha das unidades acima privilegiou a diversidade: áreas de abrangência rural e urbana, USFs com umas ou três equipes, equipes completas e incompletas, com gerentes de formação em odontologia e enfermagem.

Na USF-1, serviço de grande porte, a amostra foi composta de um gerente dentista, um enfermeiro, um ACS e um usuário. Também de grande porte, na USF-2 a amostra foi composta de um gerente enfermeiro, dois ACSs e um usuário. Nas unidades USF-3 e USF-4 foram entrevistados um gerente enfermeiro em cada, um auxiliar de enfermagem e um usuário. Assim, formou-se uma amostra de 14 profissionais entrevistados, como exibida na Tabela 3.

Tabela 3 Distribuição da amostra qualitativa de profissionais selecionados para a realização das entrevistas do estudo

USF	No. GERENTES		No. TÉCNICOS		
	Enfermeiro	Dentista	Enfermeiro	Auxiliar	ACS
USF-1		1	1		1
USF-2	1				2
USF-3	1			1	
USF-4	1			1	
SUB-TOTAL	3	1	1	2	3
TOTAL	4		6		
ENTREVISTAS	10				

Tabela 4 Distribuição de usuários selecionados para a realização das entrevistas do estudo

USF	No. DE PROFISSIONAIS	No. DE USUÁRIOS ATENDIDOS	No. DE USUÁRIOS NÃO ATENDIDOS*
USF-1	3	1	
USF-2	3	1	
USF-3	2		1
USF-4	2		1
SUB-TOTAL	10	2	2
TOTAL	10	4	
ENTREVISTAS	14		

* Considera-se usuário não atendido aquele que é morador da área de abrangência da unidade, mas que não necessitou de atendimento médico ou de enfermagem na ocasião da entrevista.

O Quadro 2 exemplifica como os dados que caracterizam e diferenciam gerentes, técnicos e usuários puderam ser tabulados.

	No. DE PROFISSIONAIS	No. DE USUÁRIOS
SEXO MASCULINO	3	1
SEXO FEMININO	7	3
IDADE	Idade por média simples	Idade por média simples
TEMPO DE TRABALHO NO PSF	Tempo deste a formação	Não se aplica
TEMPO DE SERVIÇO NA USF	Tempo desde o início do trabalho na unidade em questão	Não se aplica
TEMPO DE FORMADO	Tempo desde a formação	Não se aplica
GRAU DE ESCOLARIDADE	Ensino fundamental, médio, superior com ou sem especialização, completo ou incompleto	Ensino fundamental, médio, superior com ou sem especialização, completo ou incompleto
TEMPO DE CADASTRAMENTO NA USF	Não se aplica	Tempo desde seu primeiro registro na unidade

Quadro 2 Caracterização da amostra qualitativa do estudo

4.3 Roteiro de entrevista

As entrevistas podem ser consideradas conversas com uma finalidade e se classificam de acordo com sua organização. Minayo (2004 *apud* MINAYO, 2005) as distingue em sondagem de opinião, entrevista focalizada, entrevista projetiva, entrevista semi-estruturada e entrevista aberta com profundidade.

Segunda esta autora, na entrevista semi-estruturada, o entrevistador mescla perguntas abertas e fechadas para que o entrevistado possa discorrer sobre o tema proposto sem se prender à questão formulada.

Pode ser útil que o pesquisador faça uso de um roteiro com alguns sub-temas, na forma de tópicos, que irão norteá-lo de forma coerente no decorrer da entrevista. É interessante que se crie uma relação de confiança entre entrevistado e entrevistador de modo que haja abertura para novas descobertas do cenário avaliado, o que talvez até leve a alterações no roteiro inicial (SOUZA *et al*, 2005).

Estes autores pontuam que a validade de um roteiro está na “capacidade de permitir emergir as categorias empíricas e os significados relativos à realidade em estudo”. O roteiro para entrevista semi-estruturada apóia-se em variáveis e indicadores essenciais na construção de dados empíricos, e podem ainda ser organizado por tópicos temáticos, exemplificados no Quadro 3, os quais também

devem ser memorizados pelo entrevistador. Eles servem de guia para o andamento da interlocução e permitem a flexibilidade da conversa, bem como a criação de novos temas relevantes.

Foi realizada uma primeira entrevista, já com um informante previsto no estudo. Não chegou a desencadear uma modificação na lista de temas, mas no modo de abordar os assuntos. Conforme Souza *et al* (2005), essas modificações não devem ser causa de preocupação, pois na abordagem qualitativa não se quantificam respostas e sim, a procura do ponto de vista dos entrevistados a respeito dos temas em questão.

TEMA	GERENTE	Q	TÉCNICO	Q	USUÁRIO	Q
ACOLHIMENTO	Caso grave Caso leve	1,2, 3,9	Caso grave Caso leve	1,2, 3	Caso grave Caso leve	1
PROCESSO DE TRABALHO	Acesso Fluxo de atendimento Rotinas	2,3, 4	Acesso Fluxo de atendimento Rotinas	2,3, 4	Acesso Fluxo de atendimento Procedimentos	2,3, 4
AGENDAMENTO DE CONSULTA	Consulta de enfermagem e médica	2	Consulta de enfermagem e médica	2	Consulta de enfermagem e médica	2,9
ATENDIMENTO	Recepção Funcionários	3,4	Funcionários Usuários	3	Recepção Funcionários Gerência	3
COMUNICAÇÃO	Recebimento e transmissão de informações	4,5	Recebimento e transmissão de informações	4,5	Transmissão de informações	4
REUNIÃO DE EQUIPE	Resolutividade	5	Resolutividade	5		
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Existência, inexistência e eficácia	6	Existência, inexistência e eficácia	6		
PLANEJAMENTO	SIAB Planejamento de projetos	6,7, 8	SIAB Execução de projetos	6,7, 8	Avaliação de projetos e ações de saúde	3,4, 5,6, 7,11, 12
GESTÃO PARTICIPATIVA	Subordinados Usuários	6,7, 9	Superiores Subordinados Usuários	7,9	Gerência	6,8, 10
PARCERIAS	Negociação com outros setores e usuários	6,7	Negociação com outros setores e usuários	7	Negociação com outros setores e gerência	6,10
PES – momento explicativo	Diagnóstico situacional Definição e análise de problemas Estabelecimento de prioridades	1,2,3, 4,6, 8,9		1,2,3, 4,6, 8,9		
PES – momento normativo	Formulação de objetivos a curto, médio e longo prazo	9		9		
PES – momento estratégico	Construção da viabilidade Identificar atores cooperativos e em oposição	5,7, 10		5,7, 10		
PES – momento tático-operacional	Execução do plano Envolvimento dos atores Mudança na rotina	3,4, 10,11		3,4, 10,11		

Legenda: Q = número da questão relacionada ao tema

Quadro 3 Relação de temas a serem abordados nas entrevistas

4.4 Tratamento de dados

Cada entrevista realizada foi contextualizada, criticada, comparada e triangulada com outras, conforme sugerem Gomes *et al* (2005).

Estruturas de análise foram elaboradas a partir de temas semelhantes encontrados nos discursos dos diversos atores sociais, tal como recomendam Gomes *et al* (2005, p.190) quando apontam que a estrutura de análise é uma construção teórica que se faz por “aproximações sucessivas por meio de propostas de categorização”. Os autores ressaltam que se pode classificar o conjunto de depoimentos a partir dos atores (gerentes, técnicos e usuários) ou dos grupos (cada uma das quatro unidades de saúde), e que esses agrupamentos podem coexistir, compondo subcategorias dentro de categorias.

Com a construção das estruturas de análise concluída, seguem-se três etapas recomendadas por Wolcott (1994 *apud* GOMES *et al*, 2005, p. 202):

Descrição: na qual os dados são apresentados de forma que as “opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível”.

Interpretação: sua meta é a “busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito”. É o ponto de partida, uma vez que o trabalho se inicia com as próprias interpretações dos atores, e o ponto de chegada, já que, nessa fase, interpretam-se essas interpretações.

Gomes *et al* (2005, p. 205) mencionam que na fase da interpretação, além da leitura compreensiva do material selecionado, há de “ancorá-la em conceitos ou referenciais teóricos e contextualizações que orientem o olhar sobre os dados”.

Esses autores propõem a construção de inferências, em que o pesquisador busca as idéias que estão por trás do texto, a partir das estruturas de análise. Para

Bardin (1979), as inferências são construídas a partir de perguntas tais como: o que conduziu o entrevistado a emitir determinado enunciado? Que conseqüências esse enunciado pode provocar?

A análise é a etapa na qual se propõe ir além, expandir o que é descrito, por meio da decomposição de um conjunto de dados. O processo analítico se dá pela “busca das relações entre as partes” que compõe esse conjunto de dados.

Neste estudo propõe-se fazer uma análise temática, ou seja, reúnem-se categorias comuns entre as falas dos atores sociais em temas (estruturas de análise), considerados o ponto de partida para as interpretações e a análise propriamente dita.

Há um momento em que Gomes *et al* (2005) ressaltam a importância do pesquisador aprofundar a análise de dados por meio dos seguintes questionamentos (adaptados a este estudo): as idéias dos atores sociais se diferenciam entre as unidades de saúde selecionadas? Se houver diferenças, quais seriam os pontos comuns entre os argumentos? Existe contradição? Os argumentos de um ator podem ser comparados às de outro ator social? Há informações provenientes de outros estudos que reforçam ou contrariam as idéias emitidas?

Tendo em vista as questões apontadas nesse item, segue a descrição dos resultados obtidos com as entrevistas realizadas nas unidades USF-1, USF-2, USF-3 e USF-4 e os respectivos atores sociais: G-1, ACS-1, ENF-1, U-1; G-2, ACS-2, ACS-3, U-2; G-3, AUX-1, U-3; G-4, AUX-2, U-4.

5 RESULTADOS

Os resultados a seguir foram identificados a partir do material coletado e organizado por temas (categorias), ou seja: estruturas relevantes e passíveis de avaliação triangular foram encontradas pela interpretação e análise dos fatos. Características paralingüísticas não foram consideradas: apenas palavras faladas, como sugere Gaskell (2000 *apud* GOMES *et al*, 2005), para que se reduza o grau de subjetividade da análise.

A fala de cada ator social selecionado foi transcrita e os principais conteúdos foram descritos para exemplificar suas percepções a respeito do objetivo geral do estudo, qual seja, avaliar as perspectivas dos atores que envolvem a USF quanto à demanda espontânea, no sentido de identificar se ela é ou não contemplada no planejamento estratégico situacional, considerado uma ferramenta gerencial.

Nas quatro unidades escolhidas para análise, foram selecionados gerentes, técnicos e usuários, de modo que a triangulação dos discursos pudesse ser realizada. Seguiu-se a proporção mínima de um gerente, para um técnico e um usuário por unidade, sendo possível aumentar este número caso as idéias acerca das questões da pesquisa ainda fossem inovadoras e, portanto, não repetitivas, como é de praxe na pesquisa qualitativa.

Leva-se em conta que os atores sociais, mesmo pertencendo a escalões sociais distintos, pelo fato de conviverem no mesmo ambiente de trabalho e de serviços, desenvolvem vivências semelhantes. Assim, não é sem motivo que atores sociais de diferentes sexos, idades, grau de escolaridade ou de experiência em PSF, eventualmente, manifestem opiniões semelhantes a respeito de um mesmo tema, o

que poderá ser identificado na medida que os resultados da pesquisa forem apresentados. Eles representam a realidade histórica-social e podem expressá-las.

Nesta etapa, segue a descrição das estruturas de análise, ou seja, trabalha-se de forma que as opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível. Os fatos são tratados como dados; existe a crença de que os dados falem por eles mesmos, como indicam os estudiosos da abordagem qualitativa já indicados na seção Método.

5.1. ESPAÇOS DE ANÁLISE

Durante anos, a USF-1 funcionou conforme o modelo médico-centrado, sendo considerada tradicionalmente uma Unidade Básica de Saúde. Por decorrência da transformação do modelo assistencial para PSF, cerca de 15 mil habitantes desse território foram cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e relacionados a quatro equipes, cada qual responsável por pouco menos de mil famílias, o que corresponde a cerca de 4 mil pessoas por equipe com seis ACS.

Em meados de 2006, a Secretaria de Saúde propôs reorganização do território de abrangência e uma equipe de saúde da família foi eliminada, originando três equipes com aproximadamente 1.300 famílias, cerca de 5 mil habitantes, sob a responsabilidade de cada equipe com oito ACS.

Em janeiro de 2007, para melhor adequação do espaço físico a estas equipes e à equipe matricial (dois pediatras, dois ginecologistas, um cardiologista e dois auxiliares de enfermagem), um novo prédio foi construído para a alocação das equipes 2 e 3.

A USF-2 tem sua história fundamentada em anos de Unidade Mista – Ambulatório e Pronto Atendimento, tendo sido separada em janeiro de 2007 em três equipes de saúde da família e uma unidade matricial para ginecologistas, pediatras, cardiologista e clínico geral. É esperado que cada uma das três equipes de PSF tenham em média mil famílias com aproximadamente quatro mil habitantes, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. Estes dados só poderão ser confirmados ao término do cadastramento individual e familiar realizado pelos ACSs, o qual ainda se encontra vigente. Portanto, a unidade estudada deve ser considerada uma unidade em transição de modelo, não apenas de unidade básica para saúde da família, mas de uma estrutura de pronto atendimento para a estratégia de acolhimento.

A USF-3, por sua vez, é uma unidade que iniciou seu funcionamento como PSF sendo implantada com apenas uma equipe com enfermeiro, médico, dois auxiliares de enfermagem e quatro ACS. Sua área de abrangência é um misto de território urbano e rural. Conta atualmente com uma média de 500 famílias (120 famílias por cada ACS) acompanhadas pelos mesmos profissionais há sete anos.

A USF-4 é considerada um nicho de pobreza em Pindamonhangaba. A unidade, inaugurada a cerca de cinco anos, conta hoje com uma equipe de enfermeiro, médico, dois auxiliares e cinco ACS, os quais acompanham aproximadamente 800 famílias.

A partir do início de 2007 os moradores dessa região passaram a contar com a construção de uma quadra poliesportiva, um centro de informática com computadores e orientador promovido pela Prefeitura, bem como uma sala com inúmeras máquinas de costura para a fabricação de produtos artesanais.

Segundo os funcionários desta unidade, estas estratégias visam à retirada de alguns jovens da rua para capacitá-los e aumentar as oportunidades de uma colocação no mercado de trabalho. As mulheres passaram a fazer parte do sistema produtivo, o que contribui não apenas para a elevação da auto-estima de algumas como uma ajuda financeira no orçamento doméstico.

O Quadro 4 procura evidenciar os resultados acima, a maior parte referenciada pelos gerentes das unidades, e compará-los com os dados correspondentes, mas oriundos do Consolidado do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) na data de 26 de outubro de 2007.

	REFERIDO				SIAB			
	USF-1	USF-2	USF-3	USF-4	USF-1	USF-2	USF-3	USF-4
Nº. EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	3	3	1	1	3	3	1	1
Nº. EQUIPES MATRICIAIS	1	1	0	0	1	1	0	0
Nº. PROFISSIONAIS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	1 ENF 1 MED 2 AUX 8 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 8 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 4 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 5 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 8 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 8 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 4 ACS	1 ENF 1 MED 2 AUX 5 ACS
Nº. HABITANTES N.º. DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	15 mil 4 mil	12 mil 3 mil	2mil 500	4 mil 800	8,6 mil 2,3 mil	Incomp. Incomp.	1,4 mil 404	3,1 mil 668
Nº. HABITANTES POR EQUIPE	5 mil	4 mil	2 mil	3,2 mil	média 2,8 mil	Incomp.	1,4 mil	3,1 mil
Nº. FAMÍLIAS POR EQUIPE	1,3 mil	1 mil	500	800	média 771	Incomp.	404	668

Quadro 4 Dados cadastrais das unidades de saúde referidos pelos gerentes e consolidados pelo SIAB

Legenda: ENF (enfermeiro); MED (médico); AUX (auxiliar de enfermagem); ACS (agente comunitário de saúde); Incomp. (dados incompletos).

A análise do Quadro 4 sugere que a situação real vivenciada pelas equipes de saúde da família é bem diferente da que é apontada no SIAB. Vale ressaltar que, teoricamente, quem fornece os números ao banco de dados para que o consolidado de cada equipe seja computado é a própria equipe.

É provável que a alimentação do sistema esteja desatualizada, o que irá interferir na elaboração de outros dados, tais como proporção de hipertensos e

diabéticos da região, proporção de idosos ou crianças menores de um ano, etc. Dessa forma, os indicadores de saúde locais serão analisados erroneamente, o que irá interferir também no planejamento de ações das unidades, o qual deveria ser baseado no diagnóstico do território de abrangência da equipe.

5.2 DELINEAMENTO DO PERFIL DOS ATORES SOCIAIS

A Tabela 5 explicita alguns dados que permitem caracterizar os entrevistados. Vale ressaltar que todos os atores selecionados (G-1, G-2, G-3, G-4, ACS-1, ACS-2, ACS-3, ENF-1, AUX-1, AUX-2, U-1, U-2, U-3, U-4) foram devidamente convidados a participar da entrevista, conforme o preconizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Tabela 5 - Identificação dos atores sociais das unidades selecionadas

	Identificação	Gênero	Idade (anos)	Escolaridade	Tempo formação (anos)	Tempo PSF (anos)	Tempo USF (anos)	Tempo cad. (anos)
USF-1	G-1	M	41	Sup. c/ esp.	20	2	1	-
	ENF-1	M	26	Superior	3,5	3	1	-
	ACS-1	F	33	Sup. incomp.	-	1,5	1,5	-
	U-1	M	50	Fund.incomp.	-	-	-	11
USF-2	G-2	F	50	Sup. c/ esp.	11	7	0,5	-
	ACS-2	F	34	Médio	-	0,5	0,5	-
	ACS-3	M	24	Médio	-	0,5	0,5	-
	U-2	F	60	Fund.incomp.	-	-	-	1,5
USF-3	G-3	F	30	Sup. c/ esp.	7	7	7	-
	AUX-1	F	41	Médio	9	7	7	-
	U-3	F	46	Médio	-	-	-	7
USF-4	G-4	F	30	Superior	4,5	2,5	1	-
	AUX-2	F	30	Médio	5	2	2	-
	U-4	M	40	Fund.incomp.	-	-	-	5

Legenda: superior (sup.), especialização (esp.), fundamental (fund.), incompleto (incomp.), cadastramento (cad.)

Prevalece entre os 14 entrevistados o público feminino, numa faixa etária de 38 anos, ou seja, um público maduro.

Dos gerentes entrevistados (três enfermeiros e um dentista), quase todos têm curso de especialização *lato sensu*, sendo a média de tempo de formação um

período de aproximadamente sete anos e meio, com exceção de G-1. Dois deles possuem pouca experiência no PSF, enquanto que a outra metade já o tem há mais de sete anos. No entanto, a maioria trabalha na USF atual há pouquíssimo tempo, por ser comum o remanejamento de profissionais entre unidades pela Prefeitura de Pindamonhangaba.

Dentre os técnicos, os auxiliares de enfermagem e ACSs possuem ensino médio completo, em detrimento à maior parte dos usuários, que não têm nem o ensino fundamental. Os primeiros apresentam média de um ano de experiência em PSF e o mesmo tempo na USF, com exceção da AUX-1, a auxiliar mais antiga em formação, com maior experiência em PSF e maior tempo de trabalho na mesma unidade.

A amostra qualitativa contou com apenas um enfermeiro porque três dos quatro gerentes são da mesma categoria profissional, o que ofereceu boa contribuição para o entendimento deste público.

Os usuários são cadastrados dos postos de saúde desde sua implantação (exceto U-2), sendo que dois deles pertencem a unidades que iniciaram seu funcionamento como PSF (USF-3 e USF-4), enquanto que os demais participaram da transição do posto de Unidade Básica de Saúde (UBS) para PSF. Apesar da pouca escolaridade, o estudo revela depoimentos de usuários que praticamente inauguraram suas unidades de saúde, o que lhes confere experiência suficiente para avaliar a assistência oferecida.

O fato de que grande parte dos gerentes e técnicos estarem nas unidades de escolha há pouco tempo, indica que outras pessoas buscaram organizar o serviço, provavelmente com modos de processo de trabalho diferentes do atual. Somente na USF-3, os profissionais existentes deram início às atividades do posto de saúde, o

que sugere que de sete anos atrás até o momento, foram muitas as tentativas e experiências de organização da unidade.

5.3 CONDUÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Segue o Quadro 5, o qual trata de identificar os temas mais comuns encontrados nos discursos dos atores sociais entrevistados. Cada estrutura de análise possui sub-temas, ou seja, categorias relevantes que evidenciam a percepção dos atores sociais sobre o enfrentamento de cada um no que diz respeito ao acolhimento.

Para o ator entrevistado foi perguntado inicialmente “Como é o acolhimento em sua unidade?”, e à medida em que o discurso foi acontecendo, conforme a abertura do próprio entrevistado, os outros temas foram sendo inseridos no decorrer da entrevista.

Durante a apresentação dos resultados encontrados, as falas mais importantes dos atores sociais sobre aquele tema foram explicitadas e, em cada uma, foi sublinhado o núcleo central do discurso.

Tema 1 ACOLHIMENTO	Tema 2 PROCESSO DE TRABALHO	Tema 3 PRIORIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Função, sentido e significado do acolhimento designado pelos atores sociais ▪ Responsável pelo acolhimento na unidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização do trabalho ▪ Processo de trabalho ▪ Problemas encontrados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das demandas ▪ Estabelecimento de prioridades de atendimento por ator social
Tema 4 PLANOS	Tema 5 REGISTROS	Tema 7 COMUNICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação dos planos traçados ▪ Ator social responsável pela elaboração dos planos ▪ Compreensão dos planos por ator social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formas de registro de dados e/ou informação ▪ SIAB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo comunicativo estabelecido na unidade e entre os atores ▪ Qualidade do processo comunicativo
	Tema 6 EDUC. PERMANENTE	

Quadro 5 Estruturas de análise e categorias encontradas nas faças dos atores sociais

Abaixo, fragmenta-se o Quadro 5 e adicionam-se os discursos dos atores sociais entrevistados, por unidade e de forma triangular. Também se apresenta a Figura 1 que tem a função de facilitar o entendimento do leitor, pois evidencia a proposta da triangulação entre as unidades de saúde da família (USF-1, USF-2, USF-3, USF-4), cada qual com os atores sociais que participaram da entrevista.

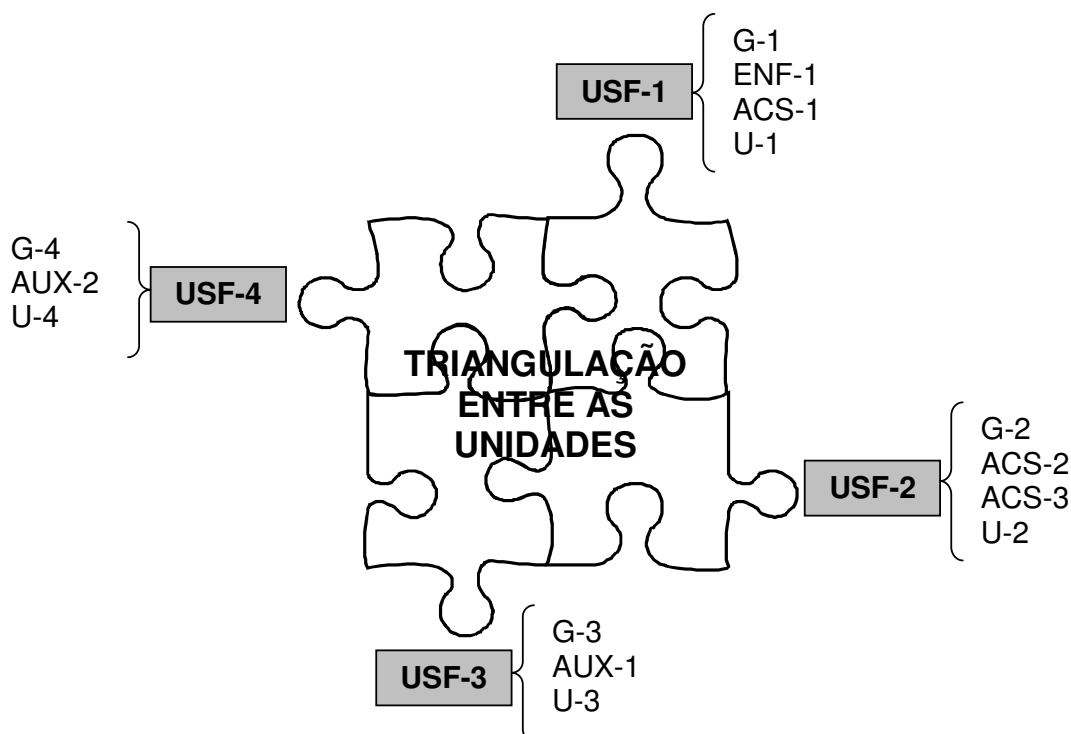


Figura 1 Representação do método triangular: unidades de saúde da família e seus respectivos atores sociais

O Quadro 6 trata do tema acolhimento sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 1: ACOLHIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Função do acolhimento designado pelos atores sociais ▪ Sentido e significado do acolhimento designado pelos atores sociais ▪ Responsável pelo acolhimento na unidade

Quadro 6 Estrutura de análise “acolhimento” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** O acolhimento eu acho que já melhora muito a qualidade da coisa, porque a pessoa que ta com a intercorrência, o problema imediato, os enfermeiros avaliam, verificam a necessidade de passar pelo médico hoje ainda, se precisa agendar uma consulta, ou se enviar pro pronto socorro. Hoje em dia ele é falho, principalmente na parte referente ao balcão: começam a perder ficha de paciente.
- **ACS-1:** Acolhimento ... no geral eu acho legal. Antes, a gente não tinha pré-consulta. Agora, antes de você dizer quando que ele vem, pede o problema dele. De repente, ele ta com problema que não dá pra esperar até amanhã. Às vezes é um caso grave e está lotado, o acolhimento serve justamente pra isso: o enfermeiro avalia o grau da necessidade de consulta, ele encaixa o paciente. Estava tendo muito paciente pro acolhimento, dava até pro enfermeiro falar assim “olha dava até pra ter parado na recepção”, é uma coisa que dava pra esperar numa consulta geral e marcar.
- **ENF-1:** Eu acho o acolhimento imprescindível porque a demanda aqui é muito grande. Está desorganizado pelo seguinte: um enfermeiro sai pra fazer visita sem planejar, e quem está na unidade atende ou não.
- **U-1:** Estava com dor. Não atenderam e mandaram para o pronto-socorro. Todo mundo acha, né, aqui é pra atender assim com tempo, né? E vim pra cá, estou pertinho aqui, né, com dor, né? Devia ser atendido aqui. Daí eu fui pegar o ônibus, tal, para ir pra cidade.
- **G-2:** Chega ao conhecimento do enfermeiro e a gente tentava e acaba resolvendo que o paciente tinha saído insatisfeito, acabava ficando satisfeito. Acolhimento é eu chegar em determinado lugar em busca de algo que me satisfaça a minha necessidade diária e eu chegue lá e essa necessidade seja sanada. Não deve ser feito só pela recepção, mas por todos.
- **ACS-2:** Gostei, lá no acolhimento na porta. Acolher as pessoas, perguntar pra ela se ta tudo bem, “boa tarde”, abrir um sorriso caso for necessário, sorriso que é o essencial, não a cara carrancuda. Mas achei um pouco falido porque só “boa tarde”, “bom dia”, acho que tem que ter mais preparação pra gente que ta na acolhida, porque eu senti, assim, que eles perguntam de coisas que a gente não sabe responder.
- **ACS-3:** Começando com o pessoal da recepção. Os ACSs são inseridos também na salinha do chá, pras pessoas que vem fazer a coleta de sangue, e também no cadastramento das fichinhas da coleta de sangue, então, ta organizando essas filas e marcando os tubinhos pra coleta, recepção de exames e tal. Aí eu achei que foi muito complicado, porque é como se fosse até uma pesquisa, né, do IBGE. Eu acho que não funcionou.
- **U-2:** Assim, todas as vezes que eu vim, eu consegui marcar. Enfrentar fila de madrugada, ter que sair da casa de madrugada pra enfrentar fila, ah, é horrível, eu achei horrível isso. A gente não tem condições de pagar.
- **G-3:** A recepcionista não libera ninguém que insiste no atendimento, a não ser quando a pessoa aceita ser marcada no outro dia. É lógico que vai ser atendido, mas a gente vai conversar, “olha, tem horário pra isso” e até colocamos no prontuário que orientamos a mãe das intercorrências.
- **AUX-1:** O acolhimento começa a partir do momento que o paciente coloca o pé na porta desde do “bom dia”, o que ele está a procura. Acolhimento é a pessoa sair dali com o problema resolvido ou encaminhado.
- **U-3:** Eu nunca vi aqui maltratar ninguém, recebe o paciente com um sorriso. Só encaminha pro pronto-socorro quando é muito grave.
- **G-4:** Às 7:30h o pessoal chega e sou eu que atendo e encaminho pro médico de acordo com a necessidade. Se não, eu dou orientação e peço que a própria pessoa venha e agende a consulta. O ideal é que fosse no máximo 8:30h que é o horário que deixamos disponível pra essas intercorrências, porque gera uma rotina pra gente.
- **AUX-2:** A gente chega na unidade, vamos pra recepção e damos a informação que ele vem buscar. Ele chega na recepção “estou passando mal”, automaticamente pegamos a ficha e vai ser atendido. Muita gente quer burlar as intercorrências para passar em consulta médica, então o limite calculado. A intercorrência serve para atender a emergência, o motivo que trouxe ao posto. Vai pro pronto-socorro quando a gente não consegue resolver.
- **U-4:** Existe um sistema que foi inventado que se chama intercorrência. O certo é ser cinco, mas tem dias que eles passam até oito pessoas. Existe caso que dá pra chegar no pronto-socorro pra depois a pessoa vir no postinho e tentar uma vaga.

De modo geral, todos os atores percebem a prática do acolhimento como imprescindível, seja pela alta demanda, seja pela compreensão da importância do atendimento humanizado. Nas unidades escolhidas, o responsável pelo acolhimento é o enfermeiro, mas é comum que o usuário percorra o fluxo de ser atendido primeiramente na recepção e em seguida com o auxiliar de enfermagem. Via de regra é o enfermeiro que direciona o paciente conforme o grau de gravidade do motivo que lhe trouxe ao posto de saúde. Ao médico cabe apenas tomar as últimas providências, freqüentemente medicamentosas, nem sempre atendendo o usuário diretamente. Quanto ao auxiliar, este reserva-se à execução de procedimentos básicos para que o munícipe seja atendido, sendo mais participativo nas unidades USF-3 e USF-4.

O ACS tem papel secundário nesse processo enquanto categoria profissional, no entanto, é o ator principal quando se leva em conta que está sempre presente na “acolhida”, tendo em vista que também exerce a função de recepcionista, sendo, portanto, o primeiro a atender o usuário.

Dentre todos os significados relacionados ao acolhimento, toda unidade dá ênfase a algum: na USF-1, por exemplo, acolher é triar, enquanto que na USF-2 a consulta de enfermagem merece seu destaque. Na USF-3, o acolhimento é uma forma de humanizar e dar acesso. Já na USF-4, esse se caracteriza pela orientação.

Conseguir a oportunidade de ser atendido sempre é percebido como algo bom para o usuário, desde que haja resolutividade de seu problema. No entanto, apesar do acolhimento, é comum o encaminhar o cidadão ao pronto-socorro nas unidades de grande porte (USF-1 e USF-2), mesmo que o entendimento de G-2 seja de que acolher é resolver o problema que motivou o paciente a procurar o serviço.

Nas unidades de pequeno porte (USF-3 e USF-4) por sua vez, a demanda espontânea, passa por um “divisor de águas”. Da abertura da unidade às 7:30h até às 8:30h, qualquer pessoa, independente de agendamento, tem acesso à consulta médica. É o período denominado “intercorrência”, destinado às pessoas com febre, dor, etc. e que têm um atendimento do tipo “pronto-socorro”, em outras palavras: somente a queixa imediata é resolvida. Desse horário em diante, a consulta médica não programada deixa de ser livre demanda, ficando a cargo do enfermeiro decidir favoravelmente ou não pela necessidade de atendimento.

O Quadro 7 trata do tema processo de trabalho sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 2: PROCESSO DE TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização do trabalho ▪ Processo de trabalho ▪ Problemas encontrados

Quadro 7 Estrutura de análise “processo de trabalho” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

Percepção dos atores quanto à organização e aos problemas da unidade

a) No que trata ao acesso dos pacientes

- **G-1:** *É um contato complicado. Ce tem que explicar “não, agora é PSF, o PSF é pro seu filho, pra senhora, pro seu marido e vão passar com esse médico!”. “Mas eu não quero passar com ele, o meu ginecologista é a doutor tal, eu quero passar não, quero passar com ele!”. Ele ta aqui desde que inaugurou o posto, ta entendendo?*
- **ACS-1:** *Ele viu você procurando feito uma barata tonta, não está achando, e ele está precisando do prontuário, terrível!*
- **ENF-1:** *O grupo nós paramos, não estamos fazendo mais. (Não tenho um dia de VD) não, por enquanto não.*
- **U-1:** *Aí a pessoa sofre, enfrenta fila aí, muito cedo, entendeu? Eu ficava na fila desde às 5:30h, abria o portão, aí não tem médico, não vai vir, não tinha aviso. (Chegava mais cedo pra marcar consulta) e não conseguia.*
- **G-2:** *Eu vou até determinado ponto, fiquei 30 minutos querendo questionar de muita coisa da vida dele, aí depois eu falo “sinto muito, você vai ser atendido no pronto-socorro, vou chamar a ambulância, porque aqui eu não tenho um médico que queira atender o senhor”.*
- **ACS-2:** *Foi com um médico, acho que ele devia ter ligado e avisado que não ia atender, pro pessoal não ficar esperando uma hora e meia todo impaciente, pra depois dizer que não ia ter consulta.*
- **U-2:** *Ter que sair da casa de madrugada pra enfrentar fila, ah, é horrível,*
- **G-3:** *De 7:30h às 8:30h essas intercorrências: se tiver febre e dor. Normalmente tem vaga.*
- **AUX-1:** *Às 7:30h não é marcado consulta médica. Chega lá dentro não tem nada a ver aí a gente foi percebendo que eles mentiu aqui na frente pra passar com o médico.*

- **U-3:** *(Para marcar consulta) tem que vir um dia antes para estar marcando. (Se não conseguir) aí tem a emergência cedinho 7:30h.*
- **G-4:** *(O agendamento) é feito na segunda e quinta. Estamos formando novos grupos para começar de novo.*
- **AUX-2:** *Aquele negócio de você fazer fila todo dia. A gente chegou à conclusão que a mesma pessoa acabava passando duas, três vezes no mês sem necessidade, tirando a oportunidade de outra pessoa.*
- **U-4:** *São poucas vagas para marcar, a gente vai contando, a gente já avisa “olha, até esse tem vaga, dali pra cá se houver desistência”. Dependendo do que ele explique para o ACS que está no dia da marcação até consegue.*

Para todas as unidades, o acesso ao serviço não é tarefa fácil ao usuário. Basicamente, na USF-1 a dificuldade se dá pela desorganização do ambiente; na USF-2, pela falta de respaldo médico que os profissionais não têm na hora de encaminhar o paciente.

Já nas USF-3 e USF-4, pelo processo de trabalho estar dividido em consulta agendada para a demanda programada e intercorrência para a demanda espontânea, o acesso é negociado, ou seja, caso o paciente não consiga agendar sua consulta, ele tenta ser atendido no período da intercorrência.

b) No que trata aos fatores externos

- **G-1:** *Por exemplo, a parte de exames, ce vê, 8 meses pra se marcar um exame, um ultrassom. Acaba refletindo em você e o problema não é seu.*
- **ACS-1:** *Já estava prevista uma mudança breve, aí a gente separou, montou os envelope tudo e organizamos, e está desde janeiro assim.*
- **ENF-1:** *Era esse mês que deveria ter mudado, que deram o prazo pra gente, mas não ocorreu a mudança.*
- **U-1:** *Eu estou vindo a primeira vez aqui com você, espero que agora de certo, né, que eu estava indo na cidade. Aí, agora ele foi também pro Crispim. Agora é por ruas também. O certo é aqui, mas eu não acho certo não. Eu não tenho o direito de escolher qual médico eu quero passar. E se eu passar por um médico e não gostar dele, entendeu?*
- **G-2:** *Nós fazemos 99,9%. Se a gente deixa de fazer 0,1% é esse que vai para o rádio e para a televisão e vai para a Secretaria. E a Secretaria acaba valorizando aquele 0,1, e aquele 99,9% que nós fizemos ele se perdeu, isso enfraquece o funcionário.*
- **G-3:** *Falta de transporte, tem fazendas que é um pouco longe, então a parte rural faz um tempo que está bem defasada.*
- **U-3:** *Horário de almoço, não nos importa que feche a unidade, mas em caso de emergência atendesse.*
- **G-4:** *Tem reclamação em relação aos exames que demora.*
- **AUX-2:** *A gente poderia fazer mais, mas o nosso espaço físico não permite. Demora pra você conseguir o encaminhamento.*
- **U-4:** *Ele mora no Morumbi, ele não pode passar aqui. Lá no Morumbi não tem PSF.*

Ora ressaltando-se um, ora outro, todos os apontamentos são comuns às unidades: falta de incentivo e apoio pela Secretaria de Saúde, falta de espaço físico adequado para trabalhar, falta de transporte necessário às visitas domiciliares de longa distância e necessidade de fechamento das unidades em horário de almoço pelos funcionários em detrimento à necessidade do usuário de ser atendido.

Vale enfatizar que exceto na USF-3 que abrange uma comunidade fechada, em todas as outras existe a colocação do usuário de que o fato do PSF se restringir a um certo território, muitos locais próximos à unidade deixam de receber atendimento. Outro ponto destacado é a impossibilidade de escolha do profissional pelo paciente, uma vez que se trata de um sistema em que o cidadão é referenciado ao médico específico de sua área de abrangência.

c) No que trata aos fatores internos

- **ACS-1:** *Prontuário que some direto. Então, todo o trabalho que eu tive pra separar, pra montar minhas famílias se perde conforme o paciente vai passando em consulta.*
- **ENF-1:** *(Quanto aos grupos), a gente resolveu dar uma parada até ir pro outro posto, se organizar, fazer o planejamento todo de novo. O enfermeiro da outra equipe está fazendo de gestante, de hipertenso e diabético. O médico tira um período da semana pra fazer visita. (Não tenho um dia de VD) não, por enquanto não.*
- **U-1:** *Ultimamente eu estava afastado daqui, entendeu, eu não estava vindo consultar mais porque (o atendimento) estava muito ruim.*
- **G-2:** *Cada enfermeiro tem seu dia de ta fazendo esse acolhimento. Cabe a ele valorizar este espaço. Eu percebo que tem enfermeiro que vestiu a camisa, mas ainda tem enfermeiro que se distancia disso. Então acho que tem que incorporar isso.*
- **ACS-3:** *Então o que tá faltando é pessoas mais empáticas no acolhimento dos pacientes. E que essa humanização vem desde a recepção até os consultórios, a pré consulta, as vacinas e etc. e tal. No começo era combinado que a área 2 ia trabalhar com a área 1 fazendo cadastramento, e foi feito né? Então, não havia união de equipe, aí acho que houve um racha.*
- **G-3:** *O bairro é isolado, tudo vem pra gente, então a gente é referência de quase tudo.*
- **AUX-1:** *Ele falou que estava com dor de estômago para entrar. "Você passou na frente da pessoa que realmente estava com dor. Se fosse você, você gostaria?".*
- **U-3:** *Tem que vir um dia antes para estar marcando. (Se não consegue marcar) aí tem a emergência no outro dia 7:30h.*
- **G-4:** *Tem reclamação de tudo: em relação ao atendimento, em relação ao médico, em relação à enfermagem, com relação à demora para serem atendidos.*
- **AUX-2:** *Então você chega todo dia no posto ta aquela fila enorme, demora e não consegue marcar, era a grande reclamação. Então, você faz fila só duas vezes na semana. O número de falta diminui muito.*
- **U-4:** *A gente acha que são poucas vagas para marcar.*

De modo geral, as unidades maiores são vítimas dos problemas decorrentes do elevado número de profissionais dentro de um mesmo espaço físico, como a comparação das formas de se organizar e trabalhar entre as equipes.

Nas unidades pequenas, parte do problema está no próprio processo de trabalho estabelecido. Oferta-se atendimento imbuído de dupla mensagem: “você tenta agendar consulta, caso não consiga, venha no período da intercorrência”. Segundo os próprios atores o atendimento é desgastante, os usuários mentem para “cair no acolhimento” e as filas permanecem. Contudo tem-se a idéia de que o acesso é facilitado, que o sistema de trabalho melhorou e que o nível de reclamações diminuiu.

d) No que trata aos fatores pessoais que interferem na percepção dos atores

- **G-1:** *Esse PSF foi pensado nos milhões do Nordeste, não foi pensado em Pindamonhangaba, ta entendendo. Eu não traria meu filho em nenhum desses três médicos. Mas se o cara formou em pediatria, se existe especialidade em pediatria, é pro meu filho passar pelo pediatra. Então “você tem que vestir a camisa do PSF!”. Pera aí um pouco, eu não posso vestir uma coisa que eu acho que ta errado.*
- **ACS-1:** *O paciente está ali, quietinho, não está se manifestando e ele é um caso crítico e passa despercebido ali naquela recepção tumultuada.*
- **ENF-1:** *O bocoio fica aqui, eles saem e qualquer coisa passa pro enfermeiro, então o acolhimento é maior.*
- **G-2:** *Eu só fico observando e as pessoas acha que eu to alheia e não to nem aí pra hora do Brasil. Eu preciso estar atrás de vocês o tempo todo “olha, você não está fazendo”, olha, isso é muito cansativo e desgastante, acho que é a pior parte.*
- **U-2:** *Eu só vim, só continuo porque não tem outra opção. Os médicos, eles estudam pra examinar as pessoas, tem que por a mão, tem que medir pressão, isso não acontece. Porque aqui é o centro de saúde que o médico tem tempo pra examinar as pessoas, então a gente vem limpinho pra cá, né, tem que tocar na pessoa, não toca.*
- **G-3:** *A comunidade às vezes desgasta a gente até emocionalmente, suga muito porque é muito, tudo vem pra gente.*
- **AUX-1:** *Coisas bobas eles acaba valorizando.*
- **U-3:** *O gerente da unidade é mãe, tia, tudo. O médico ele é um pai, o gerente a mãe. O médico está no lugar de Jesus Cristo.*
- **G-4:** *O médico já vai fazer um ano que está aqui. Graças a Deus.*
- **AUX-2:** *A gente não pode sobrecarregar eles e nem eles a gente. Agora estamos com um médico novo. Agora está legal!*
- **U-4:** *É uma população difícil porque passou-se pra eles que eles são pobres e ignorantes. Eu sei que o PSF é prevenção à saúde e muita gente não sabe. Dizem que eu sou liderança, eu, com a maior cara de pau, vou lá (na Secretaria de Saúde).*

Este item teve a finalidade de identificar como a auto-percepção poderia ou não interferir na realização do trabalho de modo geral. As falas revelam, por exemplo, que uma auto-imagem negativa desfavorece o trabalhador e o munícipe quando estes precisam se posicionar frente a uma idéia.

Médicos continuam supervalorizados e usuários, via de regra, se tivessem escolha, optariam por outro tipo de serviço, seja pela qualidade ou pela possibilidade de escolha do profissional.

A maioria das falas traz consigo a conotação de que “se rema contra a maré”, ou seja, profissionais ofertam um serviço que nem sempre acreditam ou nem sempre os agrada. Da mesma forma os usuários que utilizam um serviço que nem sempre acreditam ou nem sempre os agrada.

Percepção dos atores quanto ao processo de trabalho

- **G-1:** *Chegou uma intercorrência, vai passar primeiro pelo auxiliar de enfermagem, o auxiliar dá uma avaliada e vai verificar a pressão. Aí, com o prontuário na mão, vai passar para enfermagem. A enfermagem vai ver, vai avaliar esse caso. Realmente vai ter que passar pelo médico! O caso é urgente, vai ter que passar pelo pronto socorro. A pessoa não tem esse remédio, passa na farmácia, fornece esse remédio ao paciente, aí não precisa passar pelo médico porque essa pessoa está medicada, essa crise é decorrente a ela não ter tomado essa medicação. Ou não, esse caso pode aguardar uma consulta agendada e, muitas vezes, a gente acha que sabem o correto, e eles não sabem.*
- **ACS-1:** *O primeiro passo que é da recepção, onde vê qual é o problema do paciente, aí dependendo, a gente encaminha para o enfermeiro. Depois, o enfermeiro vendo a necessidade, ele passa direto pelo médico.*
- **ENF-1:** *Se está tendo algum sintoma, a gente já comunica o médico e já medica, e pede pra aguardar, depois o médico vai avaliar. Ele já passa o que eu tenho que fazer com o paciente. Muito raramente (ele atende o paciente). Ele prescreve e a gente administra a medicação. Ele aguarda até abaixar, a gente comunica que abaixou.*
- **U-1:** *Hoje sim, primeiro eles medem pressão, tal, peso, altura, antes de ser atendido. Chegava aí e o médico chamava pra consultar. Estava com dor e me mandaram para o pronto-socorro.*
- **G-2:** *a recepção encaminha para o enfermeiro do acolhimento, pelo menos no meu dia é assim. Eu já tenho a escuta de outros enfermeiros que nem sempre eles são acolhidos pelo médico.*
- **ACS-2:** *Pra abaixar uma febre alta a pessoa nem vem aqui, vai direto pro PA, né? Uma vez uma pessoa tava com pressão alta. O auxiliar mandou ele ir embora e ele tinha falado pra mim que a pressão dele tava alta. Aí eu entrei em contato com a família e pedi pra ele voltar. E aí deu o remédio, deu meia hora, aí ela mediu de novo e tava mais alta ainda e o enfermeiro mesmo levou ele no PA.*
- **ACS-3:** *(na recepção) eu acho que é lá primeiro que as pessoas são acolhidas. Então, começando por lá, as pessoas sabem direcionar melhor, tal médico. Eu sinto que tem um melhor atendimento, ta desenvolvendo melhor o trabalho deles ali na frente, orientando melhor.*

- **G-3:** *As intercorrências vai passar com o médico, e é feito uma triagem com os auxiliar de enfermagem e aí são encaminhados para o médico ou pra mim, se for o caso.*
- **AUX-1:** *A recepção encaminha para o auxiliar de enfermagem, aí a gente passa em consulta com o enfermeiro ou o médico. Vai direto para o enfermeiro, a menos que ele esteja ocupado, aí vai direto para o médico.*
- **U-3:** *O enfermeiro vai decidir, aí eu venho. Se ta realmente assim grave que tem que passa no médico aí ele me passa no médico.*
- **G-4:** *Aqui dentro fica um ACS para atender as pessoas no ato, de acordo com a necessidade da ocorrência. Ele atende e passa pro auxiliar. Se eu tiver atendendo ele passa para o médico. Se eu não estiver fazendo alguma coisa aqui dentro, ele passa pra mim, aí eu converso com o médico.*
- **AUX-2:** *(Ela chega na recepção), pegamos a ficha e vai ser atendida, a gente vê o básico, passa pela gente às vezes ele (o enfermeiro) já está atendendo outras pessoas. (Se não tiver atendendo já vai) direto pro médico. Sempre acaba caindo na enfermagem.*
- **U-4:** *Sempre é o enfermeiro ou o auxiliar, daí eles encaminham. Nunca acontece (direto pro médico), sempre passa pelo enfermeiro.*

A organização dos serviços de saúde pesquisados se traduz no agendamento da demanda programada e no atendimento da demanda espontânea. Cada PSF encontra sua própria forma de promover acesso à população adscrita.

As USF-1 e USF-2, por exemplo, têm agendamento médico livre e agendamento por referência aos especialistas. Em outras palavras, o usuário que quiser marcar uma consulta com algum médico do PSF pode fazê-lo a qualquer momento do dia, enquanto que, para pediatra, ginecologista e cardiologista, a marcação se dá por encaminhamento do médico da área de abrangência. A diferença entre essas unidades é que na USF-1, as equipes não têm forma semelhante de agendamento, o que traz conflito entre usuários e profissionais, além de prejudicar o processo comunicativo. Já na USF-2, as três equipes utilizam o mesmo sistema de marcação de consultas médicas. No entanto, técnicos da USF-1 mencionam que gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos possuem dias específicos para serem atendidos, enquanto que na USF-2 o atendimento é geral, ou seja, todo dia é dia de atendimento, independente do tipo de usuário.

Já na USF-3 o sistema de agendamento é diferente da maioria das unidades de PSF de Pindamonhangaba. Existe o dia de atendimento geral e de visita domiciliária do médico. Todos os outros períodos são destinados a grupos de

hipertensos e diabéticos, gestantes e crianças, sendo este último subdivididos em categorias por idade. Quando os grupos são agendados, parte dos pacientes são atendidos pelo médico e a outra parte pelo enfermeiro. Na data de retorno deste grupo, aqueles que foram atendidos pelo médico são pelo enfermeiro e vice-versa. O sistema é organizado pelos auxiliares de enfermagem e tem dado certo segundo as informações colhidas pelos técnicos, não colocando em risco o acesso ao usuário, conforme U-3. Para os faltantes ou que não aderiram ao grupo, consultas individuais ou visitas domiciliares são programadas. Faz-se a busca ativa.

Basicamente o processo de trabalho que envolve o acolhimento das unidades é o seguinte: o paciente acessa a USF e é recebido pela recepção. Dali ele é encaminhado para o auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico.

Na USF-1, este fluxo de atendimento é seguido independente do grau de gravidade do paciente, ou seja, não há critério que estabeleça prioridades. Na USF-2, o processo de trabalho não é claro, mas se tem em mente que o acolhimento no sentido de tratamento com humanização deva acontecer em todos os setores e com todos os profissionais.

A USF-3, não apenas concebe a idéia de acolhimento como uma “escuta qualificada”, como procura direcionar o paciente da recepção para o profissional com quem o usuário deseja falar. O período das 7:30h às 9:30h é destinado às intercorrências médicas. Deste momento em diante o paciente é encaminhado, via de regra, para o enfermeiro que verifica a necessidade de intervenção médica. Segundo informações colhidas, raramente o munícipe é encaminhado ao pronto socorro, mesmo em condições de férias do médico. Neste caso, o enfermeiro entra em contato com profissionais de outras unidades e até mesmo com o Diretor do Programa Saúde da Família da cidade para que uma conduta em comum seja

tomada. Esta situação é bem diferente da que se encontra na USF-1 e na USF-2, em que dificuldades internas levam ao encaminhamento do paciente ao pronto-socorro, mesmo com a existência de outros profissionais médicos na ocasião.

A USF-4 tem um processo de trabalho semelhante ao da USF-3: existem as consultas agendadas para a demanda programada e o período das intercorrências para a demanda espontânea. Da mesma forma que esta última, os atores da primeira mencionam que ninguém fica sem atendimento, mesmo quando se chega após o horário destinado à livre demanda. Contudo, os usuários apresentam discursos que revelam haver duas formas de se acessar o serviço: ou pela consulta marcada ou pela intercorrência, mesmo que o critério para esta seja uma queixa momentânea que leve a um pronto-atendimento.

Vale ressaltar que o profissional auxiliar de enfermagem quase nunca é mencionado e, quando o é, este é mencionado como aquele que executa ações simples não consideradas como parte do acolhimento, ou seja, eles apenas verificam pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura, entre outros procedimentos que, em conjunto, tornam-se uma pré-consulta para o atendimento médico.

Considera-se ainda que o acesso ao paciente, uma das características do acolhimento, é considerado muito difícil na USF-1, difícil na USF-2 e facilitado na USF-3. Fatores externos à unidade, como intervenções da Secretaria de Saúde são percebidas como ruins pelas unidades de grande porte. A desorganização administrativa e a não empatia no atendimento também são pontuadas como problemas das unidades nestas unidades.

Interessante notar que a auto-imagem (ENF-1), a forma de percepção do outro (ACS-1) e a descrença na reorganização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família (G-1) interferem negativamente no “olhar” dos técnicos quanto ao

processo de trabalho, o que é considerado problema na unidade. Ao contrário da USF-1, a USF-3 apresenta equipe motivada, comprometida e que entende o acolhimento como algo importante e necessário no PSF.

O Quadro 8 trata do tema prioridade de atendimento sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 3: PRIORIDADES DE ATENDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das demandas ▪ Estabelecimento de prioridades por ator social

Quadro 8 Estrutura de análise “prioridade de atendimento” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *O caso é urgente, vai ter que passar pelo pronto socorro. Ou não, esse caso pode aguardar uma consulta agendada.*
- **ACS-1:** *Se o paciente ta muito mal, a gente já manda direto pro enfermeiro. Aí o enfermeiro já vê o que ele faz, se chama o médico, manda pro pronto-socorro, ou pra ambulância.*
- **ENF-1:** *A gente já comunica o médico e já medica, e pede pra aguardar, depois o médico vai avaliar.*
- **U-1:** *Era tudo para os idosos, e pra mim e pra você tinha 45 vagas só. Então, porque só vem a pessoa que está precisando. Não interessa se tem 18 anos, outro 80.*
- **G-2:** *Era aquilo que eu queria pra mim, pra minha família, pra chegar em uma unidade e ela fosse recebida, fosse bem atendida.*
- **ACS-2:** *Notei que as pessoas mais idosas que a gente acolhe melhor do que os jovens. Não tem mais vaga, dependendo da pessoa, vai procurar o enfermeiro responsável. Pronto socorro foi o que aconteceu essa semana, que não tem consulta, que não tem mais encaixe, que é muito difícil o encaixe com o médico.*
- **G-3:** *Como aqui é saúde pública, a gente segue as clínicas básicas.*
- **AUX-1:** *É uma criança que está com dor abdominal, isso é da gente.*
- **U-3:** *Ele reclama que não tem pediatra neste posto, que o doutor não entende de criança.*
- **G-4:** *Gestantes não precisam vir até o posto pra marcar consulta.*
- **AUX-2:** *A gente dá prioridade pras crianças, idosos, gestantes. (Vai pro pronto-socorro) quando é alguma coisa que a gente não consegue resolver, que não seja da nossa competência resolver.*
- **U-4:** *Dessas oito pra lá quem está na recepção pede pra pessoa procurar um pronto-socorro.*

As falas dos atores sociais não revelam estabelecimento de prioridade no atendimento por critério clínico, ou seja, pelo grau de gravidade em que o paciente se encontra. Vale ressaltar que na USF-1 e na USF-2, quanto mais grave o paciente está, maiores as suas chances de ser encaminhado ao pronto-atendimento.

Na USF-1, o único critério é a sistematização da assistência por categoria profissional, ou seja, ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. Em outras

palavras, quanto mais próximo ao médico ele estiver, mais grave, uma vez que o esforço de toda equipe concentra-se em barrar o acesso à consulta médica.

Nas demais unidades, a prioridade se dá prioritariamente por grupo populacional: idosos, gestantes, crianças, e, freqüentemente por patologias básicas como hipertensão e diabetes.

É comum o atendimento geral pelo médico do PSF, mas unidades como USF-1, USF-2 e USF-4 apresentam facilidade maior para o encaminhamento ao especialista, seja ginecologista, pediatra ou cardiologista, já que as duas primeiras também funcionam com equipe matricial, e a última conta com pediatra e cardiologista uma vez por semana cada.

O Quadro 9 trata do tema elaboração de planos sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 4: PLANOS TRAÇADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação dos planos ▪ Ator social responsável pela elaboração dos planos ▪ Compreensão dos planos por ator social

Quadro 9 Estrutura de análise “planos traçados” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *Hoje eu sou um gerente pró forma. Assim, porque quem manda não sou eu.*
- **ACS-1:** *Que realmente mude, porque não tem mais como voltar os prontuários no lugar.*
- **ENF-1:** *Quando estraga algum equipamento. Organizar ele (o gerente) fez muito bem. Esteve também presente na questão dos prontuários, como que ia fazer com os prontuários preenchidos na outra unidade.*
- **G-2:** *Nós temos uma equipe sucateada, alguém que muitas vezes não sonha estar aqui dentro. Não adianta o enfermeiro só fazer o papel dele se o resto da equipe dele também não faz.*
- **ACS-2:** *Não tive muitas idéias não, mas eu tive uma sobre a acolhida. Só faço o que mandam.*
- **ACS-3:** *Chegou do pessoal de cima, né, que veio com uma idéia de ta melhorando. Acolhimento na porta partiu de ta mostrando pra Secretaria que não teria condições de ta tirando os médicos, os clínicos gerais que não fazem parte do PSF daqui.*
- **G-3:** *Cooperação, compromisso que a equipe tem com o trabalho, gente a disposição.*
- **AUX-1:** *Foi conversado com a equipe para todos se envolverem.*
- **U-3:** *(Precisa melhorar), fazer mais visitas pros pacientes. Ainda não tivemos essa oportunidade, falta discutir isso para saber como vai ficar.*
- **G-4:** *Se eu achar que a idéia é maravilhosa eu vou expor pra eles. Se eles acharem que não dá certo, aí a gente entra numa votação. Se não der, a gente volta atrás e recomeça. Todos participa, eu não imponho nada.*
- **AUX-2:** *(A idéia partiu) de várias tentativas: assim dá, assim não dá.*
- **U-4:** *O coordenador é o gerente, mas quem gerencia é o diretor.*

As falas da USF-1 revelam uma contradição: o gerente é bom organizador, segundo ENF-1 e não o é conforme ACS-1. Contudo, ele próprio explicita ser um gerente “pró forma”, ou seja, dificilmente se elaboram planos de ação, e daí a dificuldade de percepção sobre o papel de G-1, quando não se tem alguém liderando a situação.

As unidades USF-3 e USF-4 propõem um trabalho mais em equipe para a elaboração de planos, contudo, nem sempre os mesmos geram resolutividade para o usuário.

O gerente da USF-2 aponta o distanciamento da equipe. Talvez, por isso, os discursos dos demais atores revelam que as idéias a serem colocadas em prática sejam elaboradas pelo nível hierárquico superior de modo menos participativo se comparado às unidades menores.

De modo geral, quanto mais perto da “ponta” e distante do nível central, menor a percepção dos atores envolvidos quanto aos planos elaborados e/ou executados.

O Quadro 10 trata do tema registro de informações sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 5: REGISTROS

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formas de registro de dados e/ou informação ▪ SIAB |
|---|

Quadro 10 Estrutura de análise “registros” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *Eu acho que a enfermagem faz, porque eu acho que deveria ser anotado, até pra gente ter um estudo mais elaborado. (O registro) direto nós não temos. O SIAB é aqui números, concorda? Só acho que pode estar desrespeitando, de repente, nosso pessoal, trabalho a esmo.*
- **ACS-1:** *Posso deixar só legal? Ah, não vou fazer críticas, acho legal, acho legal o atendimento.*
- **ENF-1:** *Esse consolidado em si não está sendo utilizado porque não tem todos os dados atualizados, o consolidado não vem completo.*
- **G-2:** *Eu informo tem 100 vacinada e 100 não vacinada. Se eu estou informando hoje, setembro de 2007, se no mês de setembro de 2008 eu entendo que as 200 estão vacinadas, aí demonstra o trabalho que a equipe fez. Eu estou mostrando meu trabalho e a importância da equipe, pra mostrar pra equipe que o trabalho dela está dando certo. É uma forma de avaliar.*

- **ACS-2:** *Eu acho que pelo menos, ah, eu acho que falta, assim, dados, por exemplo, de aidético, de câncer, que não tem o SIAB, devia ter, são doenças altamente perigosas.*
- **G-3:** *A gente faz a ata e todos os atos são registrados. Quando chega os dados (do SIAB), a gente discute os dados, ferramenta que já me ajudou em ter o controle dos diabéticos, hipertensos, ter a quantidade.*
- **AUX-1:** *Vai tudo no prontuário. O SIAB é complicado, passa em reunião quantos morreram, quantos tiveram internado.*
- **G-4:** *O SIAB a gente ta fazendo. Eles vão fechar a produção e passar pra mim. A gente vai discutir com a pessoa da área, ela fala aconteceu tal coisa, qual o motivo, uma justificativa.*
- **AUX-2:** *O SIAB agora melhorou porque tem a parte da enfermagem. Na verdade, a gente faz praticamente tudo dentro do posto, vai mostrar realmente o quanto a gente trabalha.*

As unidades de modo geral mantêm registros de serviços realizados, mas não os utilizam para planejar ações de saúde. Somente G-2 menciona a importância de se comparar dados para gerar informação, como uma forma de demonstrar o trabalho realizado pela equipe.

Uma forma desses registros são os cadernos com anotações de pressões arteriais, glicemias capilares, inalações, curativos e atendimentos gerais, seja por nome de paciente ou por número absoluto de atendimentos. Nas USF-3 e USF-4 há registro com o nome das pessoas e o tipo de serviço procurado na unidade, inclusive consulta médica. Segundo essas equipes, foi a forma de proporcionar fidelidade aos dados que serão tabulados para a elaboração do SIAB. Ainda assim, se o paciente realiza algum outro procedimento diferente do referido na recepção, como uma medicação prescrita pelo médico após a consulta, este dado perde-se tanto para a avaliação da equipe, quanto para sua inserção no SIAB.

Este é considerado uma forma de registrar a maior parte do que é produzido no posto, mas o consolidado, ou seja, o número total e a percentagem correspondente de consultas médicas, atendimentos de enfermagem, procedimentos, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade não são valorizados por nenhuma unidade e, segundo informações colhidas, por não serem atualizados pela prefeitura, são considerados trabalho em vão e deixam de ser utilizados.

O Quadro 11 trata do tema educação permanente sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 6: EDUCAÇÃO PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação permanente dos recursos humanos <p>Quadro 11 Estrutura de análise “educação permanente” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais</p>

- **G-1:** *Ainda existe alguns ACSs que falham ainda nesse acolhimento inicial, entendeu? Não sabem de uma maneira eficaz e correta como agir na chegada de um paciente. Mas eu chamo isso de falta de capacitação e não falta de capacidade, entendeu?*
- **ACS-1:** *O ACS não tem capacitação pra avaliar a situação do paciente assim, quando ele está com alguma queixa.*
- **ENF-1:** *Se tivesse um protocolo que respaldasse o enfermeiro, primeiro com medicações básicas, antitérmico, antiinflamatório, já aliviava bastante, porque às vezes a gente tem que bater na porta por causa de dipirona. Se fosse o caso uma capacitação para os enfermeiros.*
- **G-2:** *Estar junto com o funcionário, somar junto com ele, isso mais do que qualquer palavra. Treinamento que levasse eles à reflexão, que eles possa extravasar o momento deles. Não tem que tentar só na nossa unidade, mas uma contra partida da instituição da prefeitura. Acho que deve ser contínuo e não depois ficar esquecido.*
- **ACS-2:** *Adorei o treinamento, aprender coisas pra poder dar a resposta pras pessoas. Eu acho que treinamento não devia ser só uma vez não, tinha que ter uma reciclagem a cada 2 anos, não sei.*
- **ACS-3:** *Quando a gente chegou aqui pra trabalhar como ACS, a gente não tinha muita noção das coisas. A partir dessa capacitação mudou totalmente a cabeça. Eles (a prefeitura) não valorizaram muito isso, porque é um processo muito difícil aqui. Era o PS, tá mudando pro PSF, então a cabeça dos funcionários era uma e tem que mudar pra uma outra, ta num momento de transição. Eles (outros funcionários) não tiveram essa formação que a gente teve. Eu acho que se eles tivessem essa capacitação melhoraria muito.*
- **AUX-1:** *Treinamento das pessoas principalmente da recepção. Fazer curso, mais humanização da parte das pessoas, mais treinamento.*
- **G-4:** *Eles já tinha tido treinamento anterior, o introdutório do PSF, o resto não fui eu que dei, foi a outra enfermeira.*
- **AUX-2:** *Treinamento pra gente só quando é convocação. (Capacitação) de enfermagem eu não tenho do que reclamar, eu fiz bastante curso de capacitação.*

Por último, a capacitação de recursos humanos, considerada introdutória e permanente, e oferecida pela Prefeitura, não foi considerada boa por nenhum profissional, exceto na USF-3. Contudo, este treinamento não foi fornecido a uma boa parte dos técnicos da USF-2.

Nesta unidade, por iniciativa de um coordenador de equipe e gerência local, uma capacitação diferenciada e de 320 horas foi realizada com os 24 ACSs das três equipes nela localizadas. O treinamento foi percebido como importante e necessário para a formação profissional e fundamental para que o processo de transição de UBS para PSF seja realizada.

Na USF-1, o mesmo não aconteceu, daí a insistência de seus atores sociais em serem capacitados para conduzir de forma melhor as dificuldades diárias.

Enfatiza-se a necessidade de sensibilização para o atendimento humanizado por parte dos gerentes e técnicos das unidades USF-2 e USF-3.

O Quadro 12 trata do tema comunicação sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

TEMA 7: COMUNICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo comunicativo estabelecido na unidade e entre os atores ▪ Qualidade do processo comunicativo

Quadro 12 Estrutura de análise “comunicação” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

a) No que trata ao processo comunicativo

- **G-1:** *A prefeitura diz que pode, que ela ta respaldável. O COREN fala que não pode.*
- **ACS-1:** *Cada um falando uma língua. Então fica conflitoso você dar uma informação pro paciente, e a outra equipe vem e dá uma outra diferente.*
- **ENF-1:** *Precisa falar com o médico, e toda a vez que a gente bate na porta ele olha com aquela cara, “de novo!”, “o que tem de errado?”.*
- **U-1:** *Gostaria de saber. Perguntar para quem entende do assunto, né? Aqui é difícil perguntar. Aí que é o problema, pra quem?*
- **G-2:** *No dia que a gente conseguir falar a mesma linguagem, a gente vai conseguir.*
- **ACS-2:** *Com os colegas também, tudo que eu preciso eles me informam. Tem hora que ce tem que perguntar quem ta na inalação, ce não sabe quem ta na inalação. Hoje eu escutei uma mulher falar que os auxiliar tava tudo tomando chá lá dentro. Eu falei “não, ta tudo em reunião”.*
- **ACS-3:** *Acho que faltou, assim, saber com informações, como que ta o andamento. Não tem outra (forma), porque por mais que tenta, mais informações, eu acho que deveria ter um tempo pra eles, pra ta fazendo essa formação.*
- **U-2:** *E pra quem que eu iria reclamar? Será que a pessoa daria ouvido pelo que eu reclamasse? A gente não tem informação.*
- **G-3:** *A equipe é muito boa, colabora muito, sempre tem retaguarda de todo mundo.*
- **AUX-1:** *A voz de todo mundo, a equipe tem direito de falar, de brigar.*
- **U-3:** *É chamado o grupo, aqui faz uma reunião e por meio desse grupo é resolvido o problema.*
- **G-4:** *A gente informa mais ou menos 20 dias antes, coloca a faixa, e os agentes na medida que vão na rua eles avisa nas casas que houve mudança.*
- **AUX-2:** *Abertura para cada um expor aquilo que acha do assunto e depois ela, como coordenadora, achar que deve por em prática ela fala, “vamos tentar desse jeito”, ou se ela não concordar ela “olha, eu acho que assim não vai funcionar”, então é muita discussão.*
- **U-4:** *Os agentes que ficam aqui passa (a informação) direitinho, mesmo que o povo não entende*

Unidades de grande porte, como USF-1 e USF-2, têm maiores problemas de comunicação. É comum as equipes falarem “línguas diferentes”, o que atrapalha o processo de trabalho e a interação entre os profissionais, conforme referem os

próprios atores. O processo comunicativo desses locais não é eficaz do ponto de vista de que a informação se perde durante sua transmissão, dos interlocutores não optarem por transmitir a mesma informação ou, ainda, por não conhecerem todas as informações necessárias que, supostamente, deveriam estar disponíveis a todos os funcionários e usuários.

Em unidades menores, como USF-3 e USF-4, o processo comunicativo é mais eficaz e as informações chegam mais facilmente aos profissionais e aos usuários. Na USF-3, as entrevistas levam a crer que gerente, técnicos e usuários compartilham do mesmo conteúdo de linguagem, elaborando até um jornal local que divulga notícias importantes sobre eventos realizados no posto ou alterações na rotina, bem como informes da população. Na USF-4, apesar da disposição da equipe em transmitir informações que gerem mudanças, nem sempre o discurso do usuário é compatível com o da equipe.

b) No que trata à reunião de equipe

- **G-1:** Assim, a gente tenta jogar na reunião de equipe, num primeiro plano, depois na reunião de equipe técnica, num plano mais amplo. Eles (a diretoria) vem com um receitão de bolo.
- **ACS-1:** Eu acho que se tem que ser resolvido alguma coisa é hierarquicamente.
- **ENF-1:** Raramente é feita a reunião. Reúne a equipe técnica e não dá em nada ... aí vai pro ataque e não resolve nada.
- **U-1:** Bom, tinha uma reunião aí, eu estava trabalhando, então não poderia vim, mandava a esposa, né, pra participar. Uma vez ela disse que não adiantava nada, o povo fala, fala e não resolve nada. Muita gente não ia por causa disso. Não vejo preocupação (das pessoas do posto).
- **G-2:** Como essa supervisão supervisiona também o trabalho, acho que ela é indicada para ta vindo e conversando com a equipe o que eles tem que entender. Nessa reunião deve ser conduzida os assuntos ou melhora, votação, os problemas, as ansiedades, o fluxo. Se essas equipes não aproveita desse espaço elas estão errada.
- **ACS-2:** Teve uma reunião pequena que eu lembrei que o gerente falou pra todo mundo
- **G-3:** a gente tem a reunião de equipe, que eu não decido nada sem passar pela equipe inteira. Se tivesse o conselho gestor, estaria participando.
- **AUX-1:** A gente sempre conversa sempre na reunião de equipe, até a hierarquia que a gente sabe que tem, mas todo mundo pode falar.
- **G-4:** A reunião de equipe é feita pra discutir se tem algum caso que precisa de algum cuidado melhor, orientar o andamento do fluxo da unidade, algo que não está indo bem.
- **AUX-2:** Tudo que a gente decide a respeito da unidade é decidido em reunião de equipe.

Para todas as unidades, a reunião de equipe é considerada o momento de encontro em que os funcionários conversam entre si e, em Pindamonhangaba, cada equipe tem direito a um período de quatro horas na semana para se reunir. Contudo, ela é pouco mencionada na USF-2, bem avaliada em USF-3 e USF-4, por ser espaço de discussão de casos, planejamento de ações e mudanças, e mal utilizada na USF-1, pois é espaço de desentendimento e posturas hierarquicamente impostas.

Novamente, os atores sociais de USF-3 e USF-4 apontam a forma participativa com que se tomam decisões nesses locais, ao contrário da USF-2, em que estas se dão de forma mais incisiva pelo gerente, e da USF-1 em que não há liderança expressiva de G-1.

5.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Enquanto o item 5.3 tratou de evidenciar como cada uma das quatro unidades se comporta em relação à organização do serviço e ao acolhimento, esta seção procurou relacionar a Demanda Espontânea e o Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio da triangulação entre os atores sociais.

Segue o Quadro 13, o qual trata de identificar os temas mais comuns relacionados ao PES e encontrados nos discursos dos atores sociais entrevistados. Cada estrutura de análise é um dos quatro momentos do planejamento, citados por Kamimura e Molina (2004): explicativo, normativo, estratégico e operacional – cada qual com sub-temas, ou seja, categorias relevantes que evidenciam a percepção do ator social sobre a elaboração do PES ou qualquer outra ferramenta que o auxilia na condução da demanda espontânea.

Durante a apresentação dos resultados encontrados, as falas mais importantes dos atores sociais sobre aquele tema foram explicitadas e, em cada uma, foi sublinhado o núcleo central do discurso.

MOMENTO EXPLICATIVO	MOMENTO NORMATIVO	MOMENTO ESTRATÉGICO	MOMENTO OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico situacional ▪ Identificação de problemas ▪ Estabelecimento de prioridades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulação de objetivos ▪ Prazo para executá-los 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viabilidade dos planos ▪ Avaliação dos atores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Execução dos planos ▪ Avaliação de mudanças

Quadro 13 Estruturas de análise e categorias relacionadas ao Planejamento Estratégico Situacional, encontradas nas falas dos atores sociais

Abaixo, fragmenta-se o Quadro 13 e adicionam-se os discursos dos atores sociais entrevistados, por unidade e de forma triangular. Também se apresenta a Figura 2 que tem a função de facilitar o entendimento do leitor, pois evidencia a proposta da triangulação entre os atores sociais que participaram da entrevista.

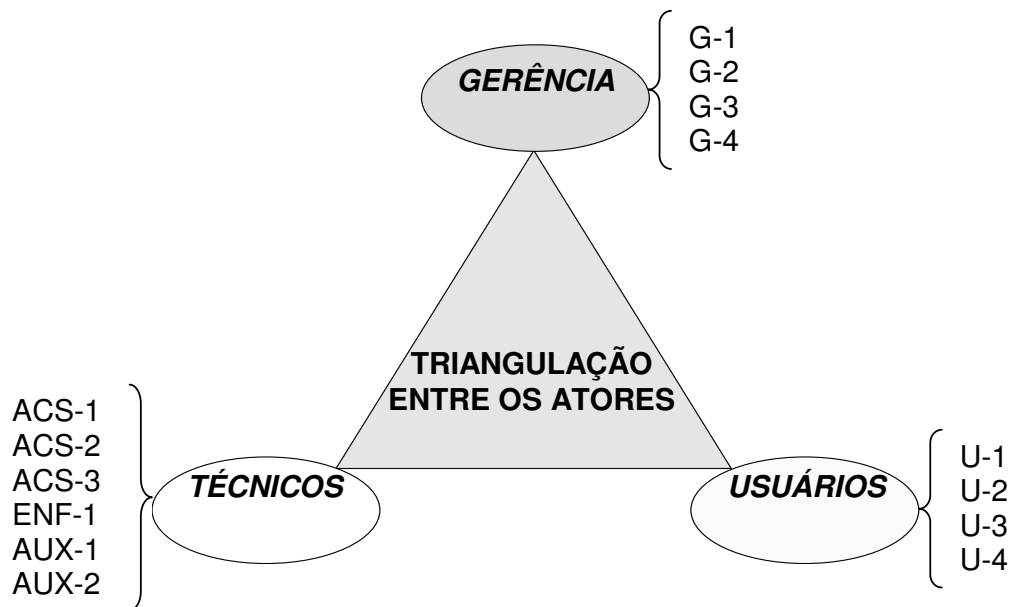


Figura 2 Representação do método triangular

O Quadro 14 trata do tema momento explicativo do PES sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

MOMENTO EXPLICATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atendimento das ocorrências e intercorrências ▪ Disponibilidade para acolhimento ▪ Agendamento de horário para atendimento médico das intercorrências

Quadro 14 Estrutura de análise “momento explicativo” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *Eles tavam percebendo que isso era besteira, faziam acolhimento, peneiravam algumas coisas para os médicos. O médico atende quatro intercorrências e chegam dez. Seis vão pra onde, pro PS!*
- **G-2:** *A pressão está alta, eu procuro chamar o médico, nunca me disseram não, mas eu escuto de outros colegas que eles dizem não.*
- **G-3:** *A gente orienta estar vindo 7:30h no horário da intercorrência do dia seguinte, se é uma coisa que dá para esperar.*
- **G-4:** *No caso do acolhimento a gente pede sempre que venha às 7:30h, no máximo 8:30, que é o horário que deixamos disponível para essas intercorrências.*
- **ACS-1:** *A gente não está tendo vaga, mas vê a necessidade da consulta, ele encaixa o paciente.*
- **ENF-1:** *Muitas vezes o que o paciente fazia, vinha marcar consulta, a consulta estava muito demorada, o paciente já dava um chique lá no balcão, pegava o prontuário, mandava pro acolhimento.*
- **AUX-1:** *A gente passa em consulta com o enfermeiro ou o médico. Nesse intervalo, não viro as costas e deixo ele sentado. Aproveito, já explico sobre o preventivo.*
- **AUX-2:** *É uma coisa tão simples e que mudou tanta coisa, porque mudando a data (de marcação de consulta) a gente conseguiu tirando o tumulto da recepção.*

Estas categorias explicam as situações vivenciadas pelos diferentes atores sociais, e permitem o diagnóstico situacional, uma vez que auxiliam na identificação de problemas e formulação de objetivos, mesmo que esse diagnóstico não tenha sido planejado estrategicamente.

Todos os atores sociais entrevistados parecem fazer um reconhecimento da realidade local. Geralmente, cada um ressalta o que lhe chama mais atenção no serviço de saúde. No que trata o atendimento, entretanto, todos eles comungam do fato de que a demanda é maior que a oferta, ou seja, o número de vagas para consulta médica é menor do que o desejado pela população.

Para este problema, as unidades USF-1 e USF-2 trabalham no sistema de livre marcação de consultas: em qualquer dia e horário o paciente pode fazer seu agendamento. A USF-3 resolveu o agendamento contínuo para acompanhamento

dos hipertensos e diabéticos por meio de grupos fechados, nos quais todos os pacientes recebem atendimento individual com enfermeiro e médico após palestra educativa. Como gestantes têm consultas garantidas, para os demais grupos populacionais ou agravos, existe o agendamento de um dia para o outro: marca-se para o dia subsequente. Na USF-4, a marcação para o médico ocorre em duas vezes por semana e gestantes também têm prioridades.

As falas, portanto, revelam que, em termos de reconhecimento da realidade da demanda programada, gerentes, técnicos e usuários o fazem muito bem, independente da unidade. Contudo, isso não significa que realizam o diagnóstico situacional conforme o PES, uma vez que o modo de se conduzir a demanda nas unidades foram sendo tentadas de forma repetitiva até que cada unidade pudesse encontrar uma que, relativamente aceita e enquadrada à realidade local, tornou-se fixa.

Em relação à demanda espontânea, todos os serviços também encontraram uma forma de trabalhar que é reconhecida por cada ator social. Seja por triagem ou por consulta de enfermagem, via de regra, é o enfermeiro o mediador entre o usuário e o médico. A estratégia de grupos, visitas domiciliares e atendimentos nas escolas só foi mencionada na USF-3 como um recurso de diminuir a procura pelo atendimento ambulatorial, ainda que se saiba que a USF-2 deu início às mesmas estratégias. Na USF-3 e na USF-4 existe um período destinado ao acolhimento, reconhecido como “intercorrência”. Em outras palavras, o usuário com algum tipo de queixa que precisa ser resolvida naquele momento é orientado a vir no posto entre às 7:30h e 8:30h, ocasião em que não são agendadas consultas médicas, justamente para que este público seja atendido no esquema de pronto-socorro. Existe um acordo com a população que somente o problema momentâneo será

resolvido. Exames, encaminhamentos e rotinas de acompanhamento só serão aceitos com consulta agendada.

As unidades USF-1 e USF-2 fazem o acolhimento durante todo o dia, sendo mais expressivo e de melhor qualidade nesta última, uma vez que os enfermeiros atendem no regime de consulta, em detrimento da triagem, muito utilizada pelos enfermeiros da USF-1.

A forma de se conduzir a demanda espontânea é percebida pelos atores sociais, logo, também nessa ocasião, faz-se um bom reconhecimento da realidade, porém, não exatamente o diagnóstico situacional proposto pelo PES. A ressalva está em que, apesar dos esforços, nenhum dos locais buscou explicar as causas dos problemas encontrados em relação à insatisfação da clientela quanto ao acesso ao atendimento, nem se a estratégia utilizada é ou não eficaz.

Enfermeiros (inclusive G-2, G-3 e G-4 que são da mesma categoria profissional), e ACSs (que ficam na recepção) percebem a alta demanda e a dificuldade de garantir acesso a todos. São mais pessimistas que os auxiliares de enfermagem que apontam algumas mudanças positivas na rotina de trabalho.

Os gerentes das unidades menores parecem se contentar com o horário estipulado para uma demanda que supostamente é espontânea e não programada. G-1 e G-2 ressaltam a dificuldade em se trabalhar com a classe médica, seja por falta de respaldo (também referido por ENF-1) ou pelo número limitado de intercorrências que estes aceitam, reconhecendo, portanto, o encaminhamento do usuário ao pronto-socorro como uma ferramenta para a organização da demanda espontânea.

O Quadro 15 trata do momento normativo do PES sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

MOMENTO NORMATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planos de atuação pessoal ▪ Registro de dados ▪ Ausência de procedimentos normativos

Quadro 15 Estrutura de análise “momento normativo” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *Não se faz, né, só faz planejamento nosso mesmo, mas acho que não tem.*
- **G-2:** *Eu estou informando hoje, setembro de 2007. No mês de setembro de 2008, aí demonstra o trabalho que a equipe fez.*
- **G-3:** *Todos os atos são registrados e tudo é discutido na reunião de equipe, (estipula um prazo), pra não ficar uma coisa jogada.*
- **G-4:** *Precisaria modificar algo que seria em longo prazo: seria a visão dos moradores daqui em relação a importância da prevenção e ao comportamento.*
- **ACS-1:** *A meu ver não tem organização pra isso.*
- **ENF-1:** *Mas a gente está com aquela expectativa de mudança de unidade. Era esse mês que deveria ter mudando, que deram o prazo pra gente, mas não ocorreu a mudança. Aí ficou pro começo do mês que vem.*
- **AUX-1:** *Isso é doido, já aconteceu, chegou no dia 5 para entregar dia 20.*
- **AUX-2:** *Tudo que o paciente vem fazer é registrado no livro de atendimento.*

Estas categorias indicam que os objetivos são formulados na medida em que os problemas ocorrem. Há uma clara ausência de planejamento estratégico, o que interfere na formulação de objetivos claros e prazos de execução comum a todos.

Em todas as unidades, o planejamento formal não é visualizado, o que dirá a estipulação de objetivos e prazos a serem estabelecidos para a execução de planos. Geralmente, o planejamento é mental, ou seja, não segue metodologia específica que garanta que os atos têm seu começo, seu meio e seu fim, ainda que este processo exista na consciência dos atores sociais.

Contudo, essa percepção é mais facilmente reconhecida pelos gerentes do que em relação aos técnicos. Para estes, os prazos são os impostos para o cumprimento de tarefas e não para a elaboração de estratégias para executá-las.

Logo, este momento do PES não é realizado formalmente, nem de forma que perpassasse todos os atores envolvidos.

O Quadro 16 trata do tema momento estratégico do PES sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

MOMENTO ESTRATÉGICO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão de problemas ▪ Elaboração de estratégias ▪ Decisões burocratizadas ▪ Ações e decisões isoladas

Quadro 16 Estrutura de análise “momento estratégico” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *Eu deveria estar agendando seis pacientes por dia. Não agendo seis pacientes por dia, porque eu sei que eu vou completar esse número com intercorrência.*
- **G-2:** *Eu passei para sua equipe, isso eu tenho que ter um retorno. Uma das equipes me dá esse retorno mais fácil do que a outra, que até agora eu não cobre.*
- **G-3:** *Que eu não decido nada sem passar pela equipe inteira, todos participa, então se tivesse o conselho gestor, estaria participando. A equipe inteira vai priorizando com a participação de todo mundo.*
- **G-4:** *Acho que a melhor coisa é o apoio pra gente conseguir a coesão. Todos nós estamos unido, a gente conseguiu unir e falar a mesma língua.*
- **ACS-1:** *Então está assim, completamente desorganizado, mas é um problema que depende assim, de hierarquia, o coordenador falar todo mundo fala a mesma língua.*
- **ACS-2:** *Porque não mandaram, o problema é esse, só faço o que me mandam.*
- **ENF-1:** *Na reunião de equipe, (se houver uma intercorrência) quem está dentro do posto aí fica. Em casa, que se lasque. A população já vai se acostumando.*
- **AUX-1:** *Todo mundo pode falar (pra ver se põe em prática ou não).*
- **AUX-2:** *De várias tentativas: assim dá, assim não dá, na tentativa.*

Estas categorias permitem a averiguação da viabilidade de execução das estratégias.

Com exceção das unidades USF-3 e USF-4 em que os atores sociais discutem os problemas e elaboram estratégias nas reuniões de equipe, os discursos de gerentes e técnicos dos outros locais revelam o poder da hierarquia nestes lugares e o não comprometimento da equipe na execução de algumas tarefas.

Nessas unidades (USF-1 e USF-2) quem determina o que é viável ou não, via de regra, são aqueles que representam categorias profissionais mais elevadas, em detrimento à participação popular ou às classes mais baixas de servidores. Portanto, a viabilidade dos planos é dada pela autoridade e/ou pelo burocratismo da unidade, o que fere os princípios do PES.

A comunicação aberta destacada pelos técnicos e gerentes das unidades USF-3 e USF-4 facilita a adesão aos planos, mas não necessariamente a participação efetiva dos atores com os mesmos, ainda que o gerente aceite a

colaboração de todos na sua elaboração. Adere-se, pois, a uma causa sem compartilhar de seus princípios de modo genuíno.

Nas unidades maiores, já que as equipes não compartilham da mesma linguagem cada grupo de atores executa as ações que lhe for conveniente.

Por essas razões, o momento estratégico do PES não é encontrado nas unidades estudadas, embora se perceba colaboração da maior parte dos atores nas unidades menores.

O Quadro 17 trata do momento operacional sob a perspectiva dos atores sociais entrevistados.

MOMENTO OPERACIONAL
Modo de execução das ações Qualidade das mudanças ocorridas Percepção das mudanças

Quadro 17 Estrutura de análise “momento operacional” e categorias encontradas nas falas dos atores sociais

- **G-1:** *A bagunça está institucionalizada.*
- **G-2:** *Eles viram nos movimentos: querer realizar, querer fazer e não só querer mandar.*
- **G-3:** *(Se não deu pra fazer), vê as prioridades e a gente tenta remarcar.*
- **G-4:** *Não fui eu que consegui na verdade, foi a vontade de todos de mudar e trabalhar. Não é 100%, mas a gente está tentando fazer isso através de estímulo, da conversa, de ser democrático, de procurar escutar a todos.*
 - **ENF-1:** *Sem perspectiva pra mim é cada unidade sem ajuda do outro.*
 - **ACS-1:** *(Se essa mudança não sair agora) acho que vai ter um monte de gente louca trabalhando aqui, porque você fica louco num ambiente desse, está todo mundo estressando.*
 - **ACS-2:** *De consulta da espera eu acho que não é tão longa pra consultar, pra marcar consulta também não ta tão longa não, ta melhorando, ta melhor. Antes tinha que vir de madrugada marcar, e demorava semanas, né, acho que era menos médico.*
 - **ACS-3:** *E até aquela parte que a gente tinha conversado da humanidade das pessoas, então, pessoas menos estressadas. O fluxo aumentou, mas ta fluindo melhor porque sabe pra onde levar, tão direcionando melhor.*
 - **AUX-1:** *Chamando e informando que ele passou na frente da pessoa que realmente estava com dor.*
 - **AUX-2:** *Quando a gente percebeu que as pessoas estavam buscando a intercorrência para passar em consulta médica, a gente chegou num consenso nas reuniões de equipe. A gente estipula 5, no final ele não deixa de atender ninguém.*

Estas categorias indicam que a maior parte dos atores sociais percebem as mudanças ocorridas na unidade como positivas, ainda que elas não sejam oriundas da execução de planos elaborados a partir de um planejamento estratégico.

É consenso entre gerentes e técnicos que foram muitas as mudanças. Cada qual com sua peculiaridade, vale ressaltar que apenas na USF-1, pontua-se o fato de que é necessário alguém de fora para enxergar estas alterações, uma vez que seus profissionais se perderam perante o processo de mudança.

Na USF-2, vislumbrar mudanças advém do fato de que é recente o princípio de transformação de unidade mista (pronto atendimento com equipe básica e ambulatorial) para o modelo assistencial de saúde da família. A percepção de mudanças pelos técnicos desse local é justificado pelo gerente com o fato de que um e outro contribuíram para o processo.

Na USF-3, G-3, AUX-1 e U-3 mencionam falas que sugere o equilíbrio decorrente de um tempo passado repleto de mudanças. A participação, o comprometimento, a orientação e a reavaliação das ações executadas foram de fundamental importância para que comunidade e profissionais encontrassem o equilíbrio desejado por muitos.

Neste caso, a USF-4 encontra-se num contexto que ora percorre o estado em que se encontra a USF-2, ora a USF-3.

Para todos os casos, principalmente nas unidades mais desorganizadas em que há dissonância entre o que é feito pelos profissionais e o que é recebido pelo usuário, o ACS parece ser o trabalhador que tem a incumbência de promover o elo entre posto e comunidade, divulgando as melhorias.

As falas sugerem que técnicos tendem a trabalhar conforme o perfil de seus respectivos gerentes, e que do ponto de vista do usuário, a mudança favorável é aquela relacionada ao aumento do número de médicos na unidade.

Exceto pela USF-1, o momento operacional do PES, fundamentalmente no que trata a percepção sobre as mudanças ocorridas na rotina de trabalho, encontra-se melhor fundamentado nas demais unidades.

Quanto à execução de planos, aquelas que os realizaram de forma mais clara e participativa, envolvendo todos os membros no processo saíram-se melhores.

Abaixo, a Figura 3 representa a interligação dos quatro momentos do PES e a participação efetiva dos atores em sua elaboração.

A seção discussão de resultados tratará de evidenciar as razões pelas quais as unidades que se aproximaram do PES ou que minimamente realizaram algum tipo de planejamento, têm melhores chances de conduzir a demanda espontânea. Será conduzida pelo referencial teórico apresentado na seção 2 por ocasião da interpretação.

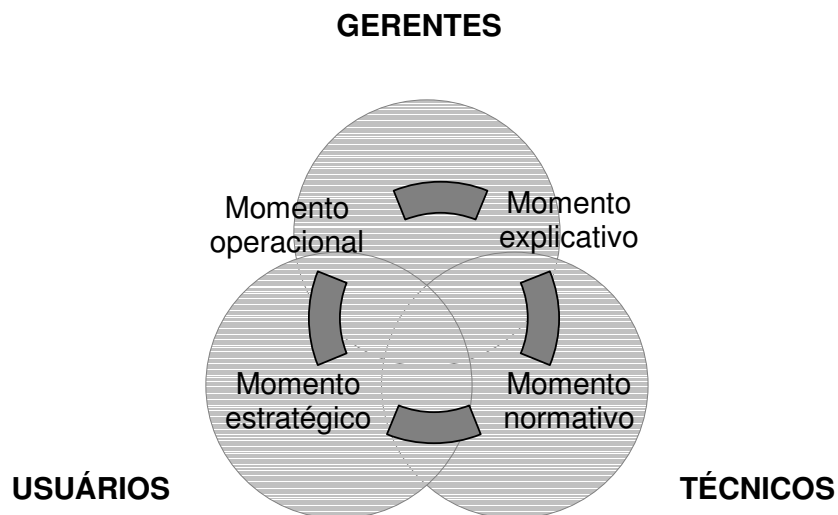


Figura 3 Representação dos atores sociais e sua participação em cada momento do PES

6 DISCUSSÃO

Uma vez formada as estruturas de análise segue a interpretação de sentidos das categorias representadas pelos discursos. Para isto Wolcott (1994 *apud* GOMES *et al*, 2005, p.202) recomenda ao pesquisador a distinção entre análise e interpretação, como segue:

Análise: procura-se ir para além do que é descrito. O processo analítico produz a decomposição de um conjunto de dados, buscando as relações entre as partes que o compõem.

Interpretação: sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado.

Gomes *et al* (2005) pontua que, para a construção da síntese pertinente ao processo de interpretação, é de fundamental importância promover diálogo entre a dimensão teórica, os textos, seus contextos e qualquer outra questão, pressuposto, objetivo, informação de campo e indicador estabelecido.

Nesta seção, a revisão de literatura auxilia o embasamento para as reflexões pertinentes às entrevistas. Pretendeu-se, por meio do referencial teórico dado na seção 2, interpretar e explicar para além do espaço pesquisado.

Para melhor compreensão, os resultados das seções 5.3 e 5.4 serão discutidos em conjunto, uma vez que se procurou relacionar a condução da Demanda Espontânea com o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Vale ressaltar que se parte dos seguintes pressupostos: a utilização do PES leva a uma resposta eficaz na condução da demanda espontânea e, quando não é utilizado ou dá pouca importância à condução da mesma, acarreta em um resultado insatisfatório e ineficaz, mesmo que outras ferramentas gerenciais sejam utilizadas.

A Figura 4 representa o conceito acima.

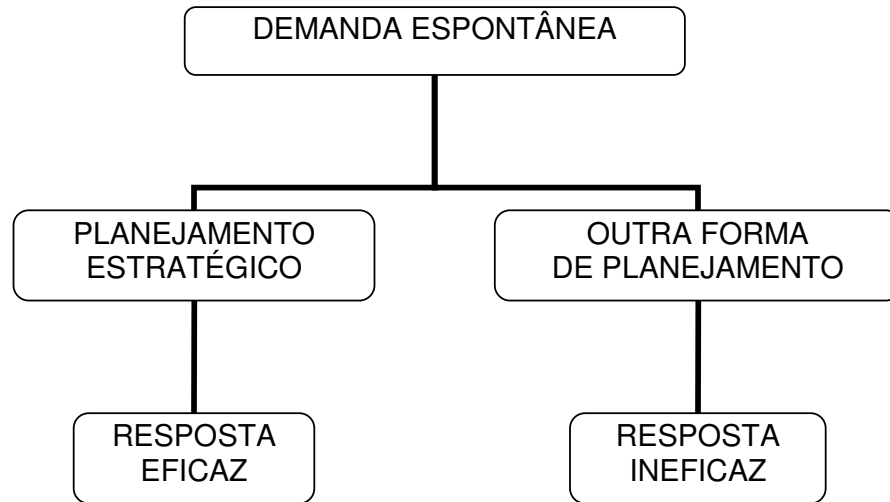


Figura 4 Relação do Planejamento Estratégico Situacional com a condução eficaz da demanda espontânea

Figura

6.1 DIAGNÓSTICO, PRIORIDADES E PLANOS

Quando se propõe a trabalhar com o PES, o primeiro passo é realizar um diagnóstico da situação vivenciada, procurando explicar os problemas encontrados e relacioná-los às suas causas. Para que alguns planos sejam elaborados de modo que mudanças na rotina do serviço possam acontecer é necessário estabelecer prioridades. São elas que determinam o que fazer primeiro. Contudo, antes que planos prioritários sejam realizados com o propósito de modificar a qualidade da assistência prestada, há de se identificar as prioridades estabelecidas dentro da própria assistência.

6.1.1 Prioridades

Basicamente, todas as unidades analisadas conseguem elaborar um diagnóstico situacional, talvez não com a profundidade necessária para que as verdadeiras causas sejam identificadas, mas com dados suficientes para que alguns pontos relevantes sejam mencionados nos discursos dos atores sociais.

Dentro da assistência oferecida, as falas revelam três prioridades básicas:

Primeira: o critério por grupo populacional ou por ciclo de vida, ou seja, atendem-se prioritariamente crianças, gestantes e idosos. Essa idéia é mencionada no documento redigido pelo Ministério da Saúde em 2000 (BRASIL, 2000-b) e é utilizada com mais veemência nas unidades USF-1 e USF-3 cujos atores referem haver dias específicos para o atendimento médico dessa clientela. Na USF-4, somente a gestante tem um dia certo da semana para atendimento e, na USF-2, bem como nas unidades mencionadas, a gestante é o tipo de usuário prioridade, ou seja, ela nunca fica sem consulta marcada e tem acesso facilitado a qualquer dia e horário. Idosos e portadores de deficiência física ou mental são prioridades somente para marcação de consultas: não enfrentam a fila. Das quatro unidades, somente a USF-3 encontra-se mais organizada e, por já ter garantido acesso de forma sistematizada aos hipertensos e diabéticos, os quais representam a maior parcela da demanda por atendimento, começa a fazer menção, nos planos voltados a curto prazo, a um público, via de regra, deixado por último no rol das prioridades de atendimento: etilistas, usuários de drogas e profissionais do sexo.

Sobre esse modo das unidades estabelecerem prioridades de atendimento, vale mencionar que elas são construídas a partir de normas legais, não da avaliação sistemática da realidade local. Ou seja, da forma como são elaboradas, o que é prioridade num serviço, também o é em outro, desvalorizando o princípio básico da

territorialização, qual seja, identificar as peculiaridades da área de abrangência de cada unidade de saúde para que as ações sejam planejadas de acordo.

A segunda prioridade refere-se ao profissional ser a prioridade: comum em todas as unidades, mas especialmente na USF-1 (*“paciente pro acolhimento, é uma coisa que dava pra esperar numa consulta geral”*; *“o balcão, pra se livrar do piti, jogava pra gente”*), o que contraria os preceitos de acolhimento citados pela World Health Organization (2000 *apud* MENDES, 2002): o acolhimento envolve o respeito pela dignidade das pessoas e a autonomia para participar de escolhas relativas à sua própria saúde. Esse critério também não está de acordo com a importância de se dispensar atenção, valorizando as queixas do usuário (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001-a), muito menos com a ótica usuário-centrada tão amplamente defendida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006-b).

Neste contexto, percebe-se um descompasso entre o que é supostamente planejado e a ação correspondente. Em outras palavras: parte-se da premissa de que os serviços de saúde prestados são para o usuário, ou seja, ele é o objetivo final. Sendo assim, o processo de trabalho deveria ter como foco a qualidade da assistência ao cliente, não o profissional que a executa, como pode ser averiguado.

O critério em que o acesso à consulta médica é a prioridade é muito utilizado pelos usuários quando é grande a dificuldade de marcação de consultas médicas ou, melhor dizendo, quando existe demanda reprimida na unidade. Essa prática é indiscriminada em USF-1 (*“muitas vezes o que o paciente fazia, vinha marcar consulta, a consulta estava muito demorada, o paciente já dava um chique lá no balcão, pegava o prontuário, mandava pro acolhimento”*), freqüente na USF-4 (*“muita gente quer burlar as intercorrências para passar em consulta médica”*) e eventual na USF-3 (*“tem que vir um dia antes para estar marcando. Se não*

conseguir, *aí tem a emergência cedinho*”). Na USF-2, o que está sendo comum é o usuário fornecer o endereço de algum bairro da área de abrangência, mesmo que não more ali, só para ser atendido nesta unidade e não ser referenciado para outra.

As falas evidenciam que o conhecimento da realidade, condição primordial para se estabelecer prioridades, é fragmentado. Meyer (1987) aponta que dificilmente uma pessoa consegue ter visão abrangente sobre todas as condições que envolvem um certo ponto a ser analisado e planejado. Por essa razão, seja tão importante o trabalho em equipe supervisionado por uma gerência não centralizadora, mas que evidencia a forma participativa de planejar, avaliar as informações disponíveis e estabelecer prioridades para a execução dos planos elaborados.

Poucas falas envolvem técnicos que ressaltem o critério clínico para o estabelecimento das prioridades assistenciais e individuais (causa evidente, objetiva e circunstancial, como uma dor, uma hipertensão, uma hiperglicemia, uma febre). Mesmo nas USF-3 e USF-4 que recebem o paciente nestas condições, não o fazem pela avaliação da prioridade de atendimento (G-3: *“de 7:30h às 8:30 essas intercorrências: se tiver febre e dor*), mas porque existe um horário determinado em que essas pessoas são atendidas pelo médico, independente de gravidade, mesmo que outros profissionais pudessem verdadeiramente acolher este paciente.

Essa prática não está de acordo com a proposta de substituição do modelo de práticas tradicionais de assistência previsto na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2000-a) e reafirma o que Franco e Merhy (2000) mencionaram sobre o trabalho direcionado para práticas multiprofissionais: não há garantias de que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada.

Mesmo que outras formas de priorização sejam utilizadas, o critério clínico é o que diferencia o técnico do leigo. Quando se percebe uma condição em que a clínica exige o atendimento de um usuário prioritariamente a outro, e esse critério é desvalorizado, ou entendido como salvaguardado pela oferta de um horário específico para o atendimento, é o senso comum e não o senso crítico que delimita o processo de trabalho, desvalorizando qualquer pressuposto teórico de planejamento estratégico.

A situação se agrava nas USF-1 e USF-2, onde é muito comum o usuário ser encaminhado para o pronto-socorro (*“Estava com dor. Não atenderam e mandaram para o pronto-socorro. E vim pra cá, estou pertinho aqui, né, com dor, né? Devia ser atendido aqui”*), contrariando o fato de que a unidade de saúde deve ser a referência do usuário na Atenção Básica (BRASIL, 1997) e que existe um direito constitucional que garante o acesso aos serviços de saúde pela porta de entrada na Atenção Primária à Saúde (POLI; NORMAN, 2006).

Segundo Malik *et al* (1998), quem sabe como realizar certa tarefa e determina a prioridade a certo grupo de clientes são os responsáveis por ela. “Dificilmente uma única pessoa será capaz de oferecer os contornos mais adequados para o processo, daí a necessidade de identificar quem dele participa” (MALIK *et al*, 1998, p. 83).

Nesse sentido o planejamento estratégico colabora em muito quando propõe critérios, como o valor do problema para o ator que planeja, para outros atores e para a população em geral (CASTILHO SÁ, 1995).

É necessário, pois, que gerentes e técnicos repensem em conjunto com a comunidade local os critérios para estabelecer prioridades, tanto às dificuldades estruturais do serviço, como às de atendimento, entre outras razões, para que a demanda espontânea seja considerada no planejamento de ações.

6.1.2 Planos

Uma vez estabelecidas as prioridades de atendimento ao usuário ou de mudanças estruturais no processo de trabalho, alguns planos podem ser elaborados na fase inicial do planejamento.

Os planos podem ter maiores chances de sucesso em sua realização se todas as unidades reservarem um momento para que as equipes repensem sua forma de atendimento e os critérios estabelecidos para o mesmo, principalmente no que trata a condução da demanda espontânea, tendo em vista que os resultados obtidos não evidenciam a elaboração de planos estratégicos que garantam resultados satisfatórios.

Segundo Maximiano (2006), um bom plano compreende três elementos essenciais: produto, prazo e custo. Este último não será considerado pelo presente estudo corresponder a unidades de saúde de uma prefeitura, na qual o custo direto de um serviço prestado não é levado em conta pelos profissionais da Atenção Básica. Contudo, o produto, que nesse caso corresponde ao fornecimento de uma assistência à saúde de um munícipe, e o prazo, que seria o espaço de tempo compreendido entre o que se deseja modificar no serviço e a modificação em si, devem ser avaliados com cuidado.

Todas as USFs promovem ações, adequadas ou inadequadas, diariamente. Na medida em que alguma delas é apontada como inapropriada para o serviço ou para o usuário, estabelece-se o desejo de mudança para os técnicos que a perceberam. Cabe ao gerente, identificar essa demanda e, de forma participativa, envolver a todos que, direta ou indiretamente, fazem ou farão parte do processo de alteração da rotina do trabalho. Essa é uma das premissas do Planejamento

Estratégico, mencionada por Wright; Kroll e Parnel (2000); Kamimura e Molina (2004) e Maximiano (2006).

A realidade é que não há estruturação de um pensamento estratégico por parte do gerente e, conseqüentemente, pelo restante da equipe. Via de regra, o senso comum é o que decide o que irá permanecer ou ser alterado no processo de trabalho. A idéia que aparentemente dá certo se mantém, e a que dá errado é modificada repetitivamente, sem consciência crítica, até o momento em que parece estar adequada (*“a idéia partiu de várias tentativas: assim dá, assim não dá”*).

Maximiano (2006) pontua que a execução de projetos é uma forma de viabilizar as transformações de cenário, mas requer competências e recursos multidisciplinares que, se presentes nos gerentes das unidades, poderiam não apenas promover a execução de planos com resultados mais garantidos, como fazê-los aproveitando-se da equipe para a tomada de decisões, sejam elas anteriores ao projeto ou no seu percurso.

No entanto, as falas de alguns atores sociais não evidenciam que gerentes como G-1 e G-2 tenham, por exemplo, clareza na comunicação de idéias (*“eu acho que a enfermagem faz, porque eu acho que deveria ser anotado”*), o que reflete negativamente no usuário (*“perguntar pra quem entende do assunto, né, aí que é o problema, pra quem?”*) e nos técnicos (*“cada um falando uma língua, você dá uma informação e a outra equipe vem e dá uma outra diferente”*).

Como um plano, para ser viabilizado, requer que todos envolvidos nele conheçam sua linha mestra, além de se comunicar adequadamente, o gerente necessita saber instruir e solicitar tarefas, além de ter a capacidade de inspirar confiança na equipe (*“não havia união de equipe, acho que houve um racha”*; *“temos*

uma equipe sucateada, que não sonha estar aqui”), tal como ressalta Maximiano (2006).

Na USF-1, o próprio gerente se intitula um gerente “*pró-forma*” (“*quem manda não sou eu*”) e desmerece a própria equipe quando refere “*eu não traria meu filho em nenhum desse três médicos*”. Seus funcionários desejam uma harmonia no ambiente de trabalho incapaz de acontecer quando “*cada um fala uma língua*” e não há espaço para se discutir os problemas, pois “*raramente é feita a reunião, aí vai pro ataque e não resolve nada*”. É consenso que “*se tem que ser resolvido alguma coisa é hierarquicamente*” e que seria bom se houvesse união da equipe (“*sem perspectiva pra mim é cada unidade sem ajuda do outro*) para que se estabeleça um ambiente saudável também para os profissionais que ali trabalham (“*vai ter um monte de gente louca trabalhando aqui, porque você fica louco num ambiente desse, está todo mundo estressado*”).

Por essas razões, as falas dos atores sociais da USF-1 não apontam para um planejamento estratégico que garanta planos capazes de resolver os problemas mais prioritários (“*não se faz planejamento, acho que não tem*”), mesmo porque não há consenso e participação efetiva entre os membros desta unidade.

A USF-2, por ter “*equipe sucateada, que não sonha estar aqui dentro*”, em que “*o enfermeiro faz o papel dele e o resto da equipe dele não faz*”, e cujas idéias “*chegou lá de cima*”, em fim, essa unidade tem poucos fatores que auxiliarão e, mais que tudo, motivarão os profissionais a pensar em algum tipo de plano capaz de reverter situações indesejadas.

Maximiano (2006) aponta que, muitas vezes, os gerentes devem ter habilidade de compartilhar com a equipe o processo de tomar decisões – “*não tive muitas idéias, mas eu tive uma ... só faço o que mandam*”; “*teve uma reunião*

pequena que eu lembrei que o gerente falou pra todo mundo”. A hierarquia centralizadora e o não comprometimento dos demais atores contrariam o caráter estratégico do PES. Talvez, possa-se dizer que a primeira coisa a ser pensada nessa unidade e na anterior seja a necessidade de gestão adequada de pessoal.

Ao contrário dessas unidades, a USF-3 e USF-4 têm a seu favor um melhor entrosamento entre os integrantes das equipes. Para essas duas unidades (e para as demais), a agravante é que se confunde a relação cordial entre os trabalhadores da equipe com a sinergia oriunda da diversidade profissional em prol de um objetivo comum. Isso não é trabalhar em equipe e dificulta a criação e a execução de planos, e, no caso deste estudo, na melhor condução da demanda espontânea.

Para Maximiano (2006), é imprescindível que o gerente tenha a habilidade de enxergar o final do projeto no início das atividades, antecipar-se aos acontecimentos e fazer projeções. Nas unidades menores, os resultados não evidenciaram tais características nem em G-3, nem em G-4, uma vez que a referência dos técnicos é de que *“a idéia partiu de várias tentativas: assim dá, assim não dá”*.

Este cenário contraria, portanto, a proposta de que os planos sejam elaborados de forma estratégica, tendo em vista que são definidos sem qualquer procedimento técnico, e realizados apenas para o cumprimento de normas técnicas.

6.2 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES E FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS

Silva (1996) atribui à equipe o papel de conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao usuário e entre os próprios membros. A seção 6.3 procura aprofundar as questões

relacionadas ao fluxo comunicativo estabelecido nas unidades de saúde de Pindamonhangaba.

Além da comunicação verbal, o Ministério da Saúde enfatiza a utilização de algum sistema de informação escrita que auxilie o gerente no processamento de informações para o devido monitoramento das ações realizadas no serviço e a avaliação necessária dos indicadores de qualidade da assistência prestada ao usuário (BRASIL, 2006-a).

Nesse sentido, propõe o Sistema de Informação da Atenção Básica um sistema de informação territorializado, cujos dados socioeconômicos e de morbimortalidade das famílias cadastradas são gerados pelos profissionais (BRASIL, 2004, p. 9).

Carvalho e Paula Eduardo (1998) pontuam que produzir e analisar informações é suporte básico para a tomada de decisão racional e eficiente.

Mendes (2002) refere que, para fins de organização do processo de assistência, os registros gerados podem ser recortados por doenças (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, por exemplo) ou ciclo biológico (crianças, jovens, adultos e idosos). Ambos os dados se encontram no SIAB, mas, quando utilizados, só o são para melhor conduzir a demanda programada, como ressalta Rocha (2006), não sendo explorados como possíveis indicadores de saúde, conforme pontua Bourget (2005-a) e, quiçá, como ferramenta de apoio para melhor conduzir a demanda espontânea.

As unidades estudadas certamente prestam um serviço que pode ser contabilizado num dado, o qual irá gerar uma informação que, por ocasião do consolidado do SIAB, sob a forma de um relatório, quando cair nas mãos do gerente, este possa discuti-lo com sua equipe.

Ao menos é o que se espera quando a Secretaria de Saúde imprime esse consolidado e o envia a todas as unidades de saúde da família, uma vez que a digitação dos dados fica sob a responsabilidade do nível central.

Sobre isso, há de se fazer a ressalva de que, como é o serviço de informática central que faz a digitação dos dados, é longo o prazo que as unidades precisam esperar para obterem os resultados finais. Frequentemente, quando uma USF recebe o consolidado com o perfil populacional e morbidade referida pela população, meses já se passaram, de modo que a morbidade já é confirmada, ou seja, as pessoas já tiveram seu diagnóstico, alterando o consolidado inicial enviado.

Este fato soma-se à percepção negativa dos atores sociais em relação ao SIAB e acaba por inviabilizar o processo de avaliação das informações para que possam ser transformadas em ações específicas: G-1: *“trabalho a esmo”*; ACS-1: *“não vou fazer críticas, acho legal”*; ENF-1: *“não está sendo utilizado”*; ACS-2: *“falta dados”*; AUX-1: *“o SIAB é complicado”*.

Muito embora existam menções que, superficialmente, levem a crer que gerentes e técnicos têm utilizado o SIAB como um recurso para planejar ações de saúde, tal como propõe Santana (2000) e Bourget (2005-a), de fato, esse processo é cindido, fragmentado em ações isoladas e descontinuadas: G-3: *“todos os atos são registrados, ter a quantidade”*; AUX-2: *“vai mostrar realmente o quanto a gente trabalha”*; G-2: *“pra mostrar pra equipe que o trabalho dela está dando certo, é uma forma de avaliar”*; G-4: *“a gente vai discutir com a pessoa da área qual o motivo, uma justificativa”*.

Não há evidências de que o registro de informações das USFs seja integrado ao processo de planejamento, tal como pontuam Wright, Kroll e Parnell (2000):

formulação da estratégia, implementação da mesma e controle que possibilite a modificação dos resultados obtidos quando não forem os esperados.

Maximiano (2006) refere que os resultados esperados representam o esforço da equipe para que o objetivo seja alcançado. Segundo este autor, a documentação adequada de todo o percurso servirá não apenas para a tomada de decisões gerenciais, como também para nortear a condução da execução dos planos propostos.

A gerência da USF-2 é a que mais se aproxima dessa lógica (*“eu informo tem cem vacinada e cem não vacinada. Se eu estou informando hoje, setembro de 2007, no mês de setembro de 2008 eu entendo que as duzentas estão vacinadas, aí demonstra o trabalho que a equipe fez. É uma forma de avaliar”*).

No entanto, falta a G-2 (e, certamente a outros também) algumas habilidades que o auxiliariam para que a idéia acima fosse concretizada. Seguem algumas habilidades pontuadas por Maximiano (2006) e, ao lado, pequenos discursos do gerente da USF-2 que exemplificam características que devem ser identificadas pela própria pessoa (auto-percepção) e pelo seu responsável direto, de modo que os pontos fracos se convertam em pontos fortes por meio de capacitação adequada.

Conforme o autor, o gerente deve ter clareza na comunicação de idéias (G-2: *“eu só fico observando e as pessoas acha que eu to alheia. Eu preciso ta atrás de vocês o tempo todo*); capacidade de inspirar confiança na equipe (G-2: *“tem enfermeiro que vestiu a camisa, mas ainda tem enfermeiro que se distancia disso*); compartilhar com a equipe o processo de tomada de decisões (ACS-3: *“chegou do pessoa de cima, que veio com uma idéia de tá melhorando”*); capacidade pessoal de planejar o projeto, definir escopo e prazo, organizar e dirigir a equipe (ACS-3: *“acho que faltou, assim saber com informações, como que tá o andamento*).

O planejamento, considerado a mais importante das habilidades de um gerente, requer prática continuada para desenvolver-se (MAXIMIANO, 2006), por isso a importância de se investir em capacitação de recursos humanos, ponto discutido com mais profundidade na seção 6.3.2.

Por meio dela, gerente e técnicos podem, em conjunto, estabelecer objetivos, os quais podem partir da análise da realidade local, de uma problemática comum a todos ou do próprio SIAB. Em ANEXO B, há uma relação de indicadores de saúde oriundos do SIAB, e, em ANEXO C, outros indicadores, oriundos do cadastro das famílias e relatórios de assistência à saúde. Ambos podem amparar a equipe no planejamento de ações da unidade, na formulação de objetivos, na execução dos planos, além de servirem como parâmetro de avaliação dos resultados obtidos.

No entanto, até o momento, as informações produzidas pelos atores sociais das unidades do estudo são registradas, mas não são submetidas a procedimentos técnicos de avaliação, o que não apenas inviabiliza a percepção do que precisa ser modificado e, conseqüentemente, a confecção de objetivos pertinentes ao mesmo, como também a disseminação correta dessas informações.

6.3 PROCESSO COMUNICATIVO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS RECURSOS HUMANOS

6.3.1 Perfil gerencial e processo comunicativo

Maximiano (2006) considera a comunicação uma ferramenta capaz de abrir caminhos para as ações gerenciais, pois bons gerentes constroem canais comunicativos fáceis, viáveis e saudáveis dentro do ambiente em que trabalham.

Idealmente, cada equipe deve produzir um conjunto de informações e interagir com outras equipes para que estas informações possam ser

compartilhadas. O gerente, como demonstra a Figura 5, não tem o papel de centralizar as informações nele mesmo, nem o de produzir informações sozinho. Ele relaciona-se eqüitativamente com as equipes, ocupando ora papel de informante, ora de informado, esforçando-se para promover um fluxo de informações entre os profissionais de modo que elas não sejam privilégio de alguns.

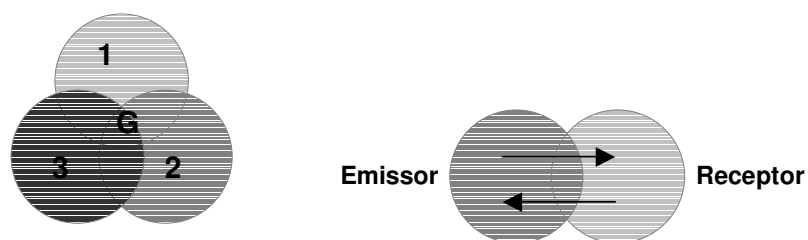


Figura 5 Representação ideal para a comunicação entre as equipes

Borges (1995) aponta que a comunicação eficaz não pode ser obtida quando o gerente tende a centralizar as informações nele próprio, porque torna frágil a participação da equipe, princípio fundamental da gestão participativa (VANDERLEI; ALMEIDA, 2005), por meio da qual, mudanças podem ser realizadas. Também vale mencionar Dussault (1992 *apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007), pois este autor delega ao gerente o trabalho de envolver todos os recursos humanos na tarefa de satisfazer às necessidades da população.

Das unidades de saúde da família estudadas, não há um gerente centralizador da forma tradicional em que um chefe toma uma decisão isolada e exige que seus funcionários a executem. No entanto, G-2, por *“temos uma equipe sucateada”*, e *“que experiência nós temos, a da faculdade?”*, acaba centralizando em si mesmo (*“eu preciso ta atrás de vocês o tempo todo”*) a responsabilidade de

outros, desgastando-se no percurso gerencial (*“isso é muito cansativo e desgastante, acho que é a pior parte”*).

Esta atitude o enfraquece enquanto gerente, cuja consequência é o hábito de delegar à diretoria central da Secretaria de Saúde, parte de suas responsabilidades (*“como essa supervisão supervisiona também o trabalho, acho que ela é indicada para ta vindo e conversando com a equipe o que eles tem que entender”*).

Não há dúvidas que G-2 apresenta um perfil de trabalho muito mais assistencial do que gerencial (*“a recepção encaminha para o enfermeiro do acolhimento, pelo menos no meu dia é assim”; “era aquilo que eu queria pra mim, pra minha família”*), o que não o livra da responsabilidade de tomar atitudes pertinentes a seu cargo, tendo em vista as problemáticas presentes na USF-2: *“aqui eu não tenho um médico que queira atender o senhor”; “tem enfermeiro que vestiu a camisa, mas ainda tem enfermeiro que se distancia disso”; “eu já tenho a escuta de outros enfermeiros que nem sempre eles são acolhidos pelo médico”; “se essas equipes não aproveita desse espaço (reunião de equipe), elas estão errada”*.

A forma como G-2 gerencia a unidade é diretamente proporcional ao processo comunicativo instalado na USF-2, ou seja: como os técnicos não se sentem fazendo parte do processo de tomada de decisões, dá-se abertura para uma comunicação ineficaz, ainda mais porque esta unidade contempla não apenas as três equipes de PSF, mas também uma equipe matricial, um núcleo de funcionários administrativos e a regional do CRAS (Centro de Referência em Assistência Social). São, portanto, muitos funcionários.

Nesse contexto, o processo comunicativo não é formalizado. Não se estabelece, portanto, um fluxo de informações que garanta o envolvimento de todos os profissionais e as orientações corretas aos usuários (G-2: *“chega ao*

conhecimento do enfermeiro”; ACS-2: *“o auxiliar mandou ele ir embora, entrei em contato com a família e pedi pra ele voltar, e o enfermeiro mesmo levou ele no PA*”; ACS-3: *“chegou do pessoal de cima*”; U-2: *“a gente não tem informação, e pra quem eu iria reclamar?”*).

Dessa forma, cumprir a hierarquia passa a ser mais importante do que estabelecer relações de vínculo e responsabilização com os usuários, o que implica no atendimento desqualificado destes no setor público de saúde (FRACOLLI; MAEDA, 2000), o que pode ser averiguado com os seguintes discursos: ACS-2: *“eles perguntam de coisas que a gente não sabe responder*”; U-2: *“será que a pessoa daria ouvido pelo que eu reclamasse?”*.

As reuniões de equipe, as quais poderiam ser úteis na reversão dessa situação, não tiveram tônica nos discursos dos técnicos selecionados na USF-2, apenas pelo gerente, o que aumenta ainda mais os riscos de que o processo comunicativo ineficaz impeça o alcance das metas propostas, tal como refere Craco (2006), o qual aceita a comunicação como elemento transformador capaz de viabilizar a execução das ações oriundas de objetivos claramente definidos.

Infelizmente, a comunicação adequada, que tenta diminuir conflitos para atingir os objetivos definidos e solucionar problemas (SILVA, 1996) também não pode ser efetivada na USF-1:

Nesta unidade não se estabeleceu um processo comunicativo eficiente, capaz de promover adesão e confiança entre os funcionários e usuários e que pudesse auxiliá-los na execução dos planos necessários às mudanças previstas na implantação do PSF. (ENF-1: *“está desorganizado pelo seguinte: um enfermeiro sai pra fazer visita sem planejar, e quem está na unidade atende ou não*”; U-1: *“não tem médico, não vai vir, não tinha aviso*”; ACS-1: *“cada um falando uma língua, então*

fica conflituoso você dar uma informação pro paciente”; U-1: “perguntar para quem entende do assunto, (mas) aqui é difícil perguntar”).

Fracolli e Maeda (2000) entendem que a inadequação do processo de comunicação compromete a construção de sujeitos, que ficam sujeitados ao trabalho e não sujeitos plenos, como pode ser averiguado nos seguintes discursos: *“eu acho que se tem que ser resolvido alguma coisa é hierarquicamente”; “o paciente está ali, quietinho, não está se manifestando e ele é um caso crítico e passa despercebido ali naquela recepção tumultuada”.*

É relevante que o gerente pudesse intervir positivamente neste cenário. Ao contrário disso, assumiu um distanciamento (*“hoje eu sou um gerente pró-forma”*) que refletiu nas três equipes instaladas na USF-1, acarretando *“cada um falando uma língua”* e, tão importante quanto, a construção de duplas mensagens que, além de confundirem o usuário, não elevam a qualidade da assistência prestada: U-1: *“primeiro eles medem pressão, peso, altura, antes de ser atendido. (Mas) estava com dor e me mandaram para o pronto-socorro”.*

As reuniões de equipe, tal como na USF-2, não representam espaços coletivos para discussão aberta entre os integrantes, ao contrário, G-1: *“a gente tenta jogar na reunião de equipe”; ENF-1: “raramente é feita a reunião, e não dá em nada”; U-1: “bom, tinha uma reunião, não adiantava nada”.*

Neste caso em especial, a diretoria central não contribuiu em nada com a mudança do quadro instalado. Manteve um gerente que não apóia a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, como preconiza Matumoto *et al* (2006), nem consegue aderir aos princípios básicos e necessários para um trabalho em equipe nos moldes do PSF (*“então “você tem que vestir a*

camisa do PSF! Pera aí um pouco, eu não posso vestir uma coisa que eu acho que ta errado”).

Como agravante, devido ao espaço físico não comportar os mais de cinquenta funcionários, a Secretaria de Saúde construiu mais um prédio, no qual parte da equipe se instalaria para oferecer melhor atendimento à clientela. Mas, diante do caos vivenciado por todos, o não cumprimento, à tempo, da proposta oferecida gerou um desgaste ainda maior para os recursos humanos (*“era esse mês que deveria ter mudado, que deram o prazo pra gente, mas não ocorreu a mudança”; “já estava prevista uma mudança breve, aí a gente separou, montou os envelope tudo e organizamos, e está desde janeiro assim”), o que inviabilizou em parte, o planejamento de ações e sua execução (“o grupo nós paramos, não estamos fazendo mais; “a gente resolveu dar uma parada até ir pro outro posto, se organizar, fazer o planejamento todo de novo”).*

Na USF-3, a realidade das reuniões de equipe é bem diferente da USF-2 (G-3: *a gente tem a reunião de equipe, que eu não decido nada sem passar pela equipe inteira”;* AUX-1: *“a gente sempre conversa na reunião de equipe, até a hierarquia que a gente sabe que tem, mas todo mundo pode falar).* Portanto, estabelece-se um canal de comunicação participativo, no qual *“a equipe tem direito de falar, foi conversado com a equipe para todos se envolverem”.*

Conseqüentemente, o retorno desse processo comunicativo reflete no usuário (U-3: *“é chamado o grupo aqui, faz uma reunião e por meio desse grupo é resolvido o problema”).* A comunicação passa a construir novos modos de cuidar e de trabalhar (G-3: *a gente vai conversar, olha, tem horário pra isso e até colocamos no prontuário que orientamos a mãe das intercorrências”).*

Contudo, sabe-se que a unidade USF-3 levou sete anos para consolidar um processo comunicativo favorável e participativo entre gerente, técnicos e usuários. É relevante ressaltar que, neste período, a equipe praticamente ficou intacta, ao contrário das demais unidades do estudo, o que facilitou em muito o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários e, conseqüentemente, um fluxo de informação viável.

Ainda assim, este fluxo não foi elaborado formalmente, por meio de um planejamento. Foi o bom relacionamento entre os integrantes da equipe, ou seja, a informalidade, acrescido do perfil de G-3 (gerenciamento descentralizado), do espaço garantido pelas reuniões semanais, pelo porte da unidade (equipe mínima) e o tamanho relativamente pequeno de usuários referenciados, todos esses fatores em conjunto favoreceram um processo comunicativo mais qualificado nesta unidade.

Um dos problemas enfrentados pela USF-4 é a grande rotatividade de médicos e enfermeiros que por ali passaram; até mesmo a equipe de ACSs foi trocada pois, no início, eles eram contratados de forma temporária, até que os agentes concursados pudessem assumir sua função. Estes acontecimentos não só prejudicaram a criação de vínculo entre equipe e comunidade, mas entre os próprios profissionais que, até hoje, tem como prioridade a manutenção da equipe formada com foco no bom relacionamento entre eles, como resalta o seguinte discurso: *“não é 100%, mas a gente está tentando fazer isso através de estímulo, da conversa, de ser democrático de procurar escutar a todos, fica bem mais fácil em relação a um ambiente melhor de trabalho”*.

Gerente e técnicos apresentam falas otimistas em relação ao fato de que enfermeiro e médico atuais estarem fixos na unidade há um ano: *“acho que a melhor coisa é o apoio pra gente conseguir, e a coesão. Todos nós estamos unidos,*

então assim, há uma união, o médico já vai fazer um ano que está aqui, graças a Deus, eu já faz um ano e pouquinho, os agentes já fazem mais tempo e a gente conseguiu unir e falar a mesma língua).

Esta unidade, eventualmente, apresenta divergências entre as informações transmitidas pelos profissionais e as recebidas pelos usuários (U-4: *os agentes que ficam passa (a informação) direitinho, mesmo que o povo não entende*), portanto seu processo comunicativo não é tão claro quanto ao da USF-3, mas, de modo geral, ACSs, auxiliares de enfermagem, enfermeiro e médico comunicam-se entre si de modo aberto, tal como explicita Daft (2005, p.439) sobre comunicação aberta: compartilhar todos os tipos de informações pelos níveis funcionais e hierárquicos.

Os exemplos que seguem evidenciam a semelhança entre as USF-3 e a USF-4 no que trata o estilo gerencial, o processo comunicativo e as reuniões de equipe como recurso facilitador da comunicação: G-4: *“se eu achar que a idéia é maravilhosa eu vou expor pra eles. Se eles acharem que não dá certo, aí a gente entra numa votação. Todos participa, eu não imponho nada”*; AUX-2: *“abertura para cada um expor aquilo que acha do assunto, então é muita discussão”*; G-4: *“a reunião de equipe é feita pra discutir se tem algum caso que precisa de cuidado melhor, orientar o fluxo da unidade”*; AUX-2: *“tudo que a gente decide a respeito da unidade é decidido em reunião de equipe”*.

Apesar das semelhanças positivas, as unidades de pequeno porte também apresentam semelhanças negativas: o processo comunicativo de uma e outra não foi estabelecido por meio de avaliação racional da realidade, não houve um momento em que os integrantes da equipe discutiram formalmente como deveria se dar o fluxo de informações. A informalidade e a cordialidade entre os colegas se sobrepuseram às técnicas atuais de gerenciamento de informação; a repetição de

um fluxo que deu certo pelo senso comum garante sua continuidade até o momento em que ele passa a dar errado: AUX-2: “*vamos tentar desse jeito*”; G-4: “*se (a idéia) não der (certo), a gente volta atrás e recomeça*”.

No entanto, se as unidades menores apresentassem um líder centralizador, ou o ambiente complexo de um serviço com três equipes de saúde da família e uma matricial, provavelmente enfrentariam problemas de comunicação como os que ocorrem nas unidades USF-1 e USF-2.

A título de representação, a Figura 6 demonstra o fluxo de comunicação entre os profissionais das USFs 3 e 4.

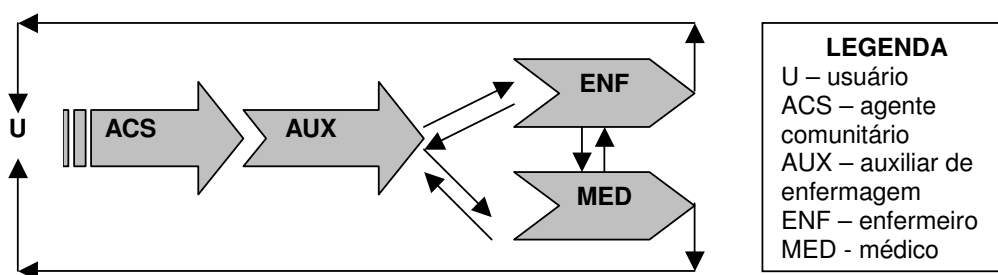


Figura 6 Representação do processo comunicativo na condução da demanda espontânea nas unidades de pequeno porte

Apesar dos discursos apontarem para a boa comunicação entre os funcionários, quando se trata de conduzir a demanda espontânea, percebe-se que o usuário está distante do médico, e é o auxiliar (que faz o acolhimento) o responsável por receber a informação do ACS (que se encontra na recepção) sobre a necessidade de atendimento do paciente, cujas conseqüências são abordadas na seção 6.4. Este auxiliar de enfermagem, via de regra, transmite a informação ao enfermeiro ou ao médico que optarão, ou não, por atender o usuário diretamente. O critério para a escolha dos profissionais não é técnica ou baseada em prioridades, apenas pela facilidade momentânea e pela informalidade e cordialidade entre os profissionais.

A Figura 7 representa o processo comunicativo das unidades USF-1 e USF-2.

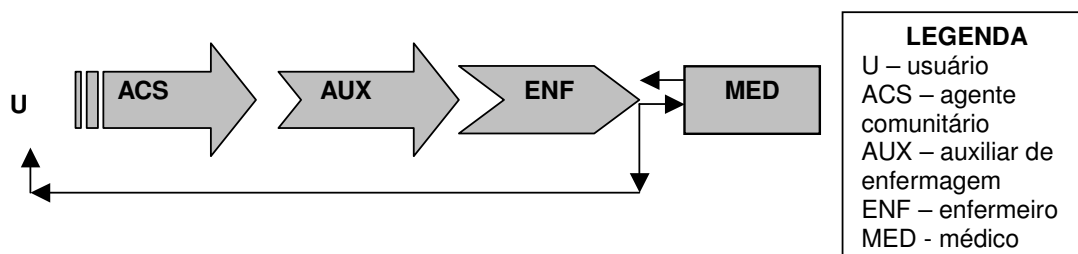


Figura 7 Representação do processo comunicativo na condução da demanda espontânea nas unidades de grande porte

Este fluxo não é muito diferente se o compararmos com as unidades USF-3 e USF-4, com a ressalva de que, nestas, dificilmente o usuário será atendido pelo médico, pois o enfermeiro, ao receber a notícia do auxiliar de enfermagem, é quem entra em contato com o médico, o qual transmite a conduta a ser realizada ao enfermeiro que, em sua vez, o fará com o paciente.

No entanto, as conseqüências desse fluxo de informação, também discutidas em profundidade na seção 6.4, leva, basicamente, a alguns problemas: eleva o risco da informação original do emissor se perder ou ser modificada na medida em que “o telefone sem fio” a transmite ao receptor e vice-versa; como o médico recebe apenas informações parciais, sua conduta será baseada apenas na informação que recebe, ou seja, não são considerados antecedentes familiares e pessoais, o que dirá aspectos emocionais, sociais e epidemiológicos. Nesse fluxo de comunicação e de trabalho, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença não são avaliados; o tempo de espera para o usuário ser atendido é longo, uma vez que tem que aguardar o contato de quatro profissionais; as chances de o paciente entender essa rotina como desgastante, falta de respeito e baixa qualidade do serviço

prestado são grandes (U-1: *“perguntar para quem entende do assunto, né? Aqui é difícil perguntar. Aí que é o problema, pra quem?”*; U-2: *“a gente não tem informação, e pra quem que eu iria reclamar? Será que a pessoa daria ouvido pelo que eu reclamasse?”*).

Os discursos dos atores sociais, portanto, não evidenciam que o serviço de saúde das unidades de saúde da família de Pindamonhangaba estabeleça um processo comunicativo entre usuário e profissionais, capaz de facilitar o processo de trabalho, promover a transformação do modelo assistencial e garantir um serviço de qualidade com foco no usuário, não no trabalhador.

6.3.2 Educação permanente

Apesar de nenhuma das unidades promover a educação permanente de funcionários de modo formal, cada USF enfocou a necessidade da mesma de modos diferentes: *“o ACS não tem capacitação”*; *“capacitação para os enfermeiros”*; *“treinamento que levasse eles à reflexão”*; *“tinha que ter uma reciclagem”*.

Atores sociais que receberam treinamento mencionaram a capacitação como um recurso que os auxilia na execução de uma assistência de melhor qualidade, tal como pontuam Oliveira e Ituassu (2006), já que a capacitação reflete diretamente no desempenho profissional: *“quando a gente chegou aqui pra trabalhar como ACS, a gente não tinha muita noção das coisas. A partir dessa capacitação mudou totalmente a cabeça. Era PS, ta mudando pro PSF, então a cabeça dos funcionários era uma e tem que mudar pra outra, ta num momento de transição. Eles não tiveram essa formação que a gente teve. Eu acho que se eles tivesse, melhoraria muito”*.

O gerente da USF-1 pontuou a capacitação como fundamental para o bom acolhimento (*“que hoje em dia é falho”*), tendo em vista que ele se inicia com o ACS, para o qual *“falta capacitação”*.

Sobre treinar agentes comunitários, Santana (2007) menciona como satisfatória e com resultados positivos a experiência de realizá-lo numa USF de grande porte, pois garante ao ACS, profissional sem formação prévia, recursos mínimos para o enfrentamento das problemáticas inerentes à sua função. Bourget (2005-b) também propõe um curso introdutório que qualifique o ACS ao se inserir no PSF.

O gerente da USF-2 (de forma semelhante aos atores da USF-3) enfatizou a importância de treinamento com enfoque na humanização do atendimento, porque, com o acolhimento, *“o paciente insatisfeito acabava ficando satisfeito”*, e, segundo ele, *“chamar a ambulância porque não tenho um médico que queira atender o senhor”* é uma realidade vivenciada pelos funcionários desta unidade. Dessa forma, a capacitação de recursos humanos seria um modo de propiciar um ambiente mais harmônico, por meio de uma equipe mais entrosada, tal como referem Malik *et al* (1998).

Na USF-4 técnico e gerente não demonstraram interesse em educação permanente, considerando suficiente o aprendizado obtido em momentos anteriores. Como este local mantém um processo de trabalho fragmentado entre médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, além de desconectado da realidade, pois *“no máximo 8:30h é o horário disponível pra essas intercorrências”* (se é uma intercorrência, qual o sentido de estipular um horário?), talvez, essas atitudes provenientes de um trabalhador “alienado” (MALIK *et al*, 1998) pudessem ser revertidas com treinamento adequado, uma vez que este tem

potencial para gerar novos conhecimentos e novas maneiras de trabalhar velhas atividades (CIANCIARULLO, 2005).

Uribe (2001) corrobora com o pensamento acima, porque parte da premissa que o processo de aprendizagem visa ensinar uma pessoa a perceber sua realidade (AUX-2: *“a intercorrência serve para atender a emergência, muita gente que burlar as intercorrências para passar em consulta”*), e a reinterpreta-la de tal forma (U-4: *“existe um sistema que foi inventado que se chama intercorrência. O certo é ser cinco, mas tem dias que eles passam até oito pessoas”*), que seja possível implementar ações coerentes com os objetivos traçados (U-4: *“eu sei que o PSF é prevenção”*). As falas dos atores sociais da USF-4 evidenciam a necessidade de se implantar um sistema de educação permanente, não apenas para esta unidade, mas para todas as de Pindamonhangaba.

Mesmo na USF-3, cuja interpretação das falas das pessoas entrevistadas leva ao pensamento de que, o acolhimento dos usuários e o processo de trabalho estabelecido seja o mais adequado dentre as quatro unidades estudadas, as falas que seguem evidenciam a importância da capacitação de recursos humanos, pois, segundo Cianciarullo (2005), é esperado deles que se acostumem a seguir normas e rotinas quase nunca revisadas, o que pode interferir negativamente para o processo de transformação do modelo assistencial pretendido pela Estratégia Saúde da Família: G-3: *“de 7:30h às 8:30h se tiver febre e dor”*; AUX-1: *“chega lá dentro não tem nada a ver, ele mentiu pra passar com o médico”*; U-3: *“tem que vir um dia antes para estar marcando (se não conseguir) aí tem a emergência cedinho 7:30h”*.

Gualda e Bergamasco (2005) entendem que mais importante até do que treinar, instruir e ensinar seria formar, educar, ou seja, preparar as mentes para

aprender a aprender, a esperar o inesperado, a enfrentar riscos permanentes de incerteza.

Seriam as premissas básicas dos cursos profissionalizantes que, infelizmente, nem sempre dão conta de preparar o profissional de saúde para irem além da técnica pela técnica, o que no caso do presente estudo, implica em profissionais com déficit de conhecimento, com dificuldade de se aprofundarem nos questionamentos necessários ao planejamento estratégico, incapazes de propor estratégias criativas e diferenciadas da rotina de serviço que, via de regra, tem se mostrado ineficaz em promover um atendimento qualificado, principalmente no que compete à demanda espontânea.

6.4 ACOLHIMENTO E PROCESSO DE TRABALHO

6.4.1 Processo de trabalho

Autores como Silva, Fracolli e Zobolli (2005) pontuam que o acolhimento é uma forma de organizar o processo de trabalho, porque, por meio dele, o usuário pode se orientar quanto ao fluxo de atendimento estabelecido na unidade (U-1: “*não atenderam e mandaram para o pronto-socorro. Vim pra cá, estou pertinho aqui, né, com dor, né? Devia ser atendido aqui*”), além de ter potencial para manter a autonomia dos indivíduos envolvidos (U-2: “*enfrentar fila é horrível. A gente não tem condição de pagar. Só continuo porque não tem opção*”) e evitar a fragmentação das ações de saúde (G-1: “*vai passar primeiro pelo auxiliar de enfermagem, vai passar para a enfermagem, vai ter que passar pelo médico, vai ter que passar pelo pronto-socorro*”). Contudo, os discursos acima evidenciam justamente o contrário no que trata à condução da demanda espontânea em unidades como a USF-1 e a USF-2.

A USF-1, pela intensa divisão do trabalho, sugere que o acolhimento implantado da forma como está não garante a não segmentação do atendimento, tal como sugerem Friedrich e Pierantoni (2006).

Sabe-se que o trabalho realizado é resultante da interação de todos os processos que nela ocorrem, mas a fragmentação dos processos organizacionais pode acarretar na alienação do trabalhador, uma vez que se estabelece no serviço uma contradição entre o que é proposto e o que é realizado (MALIK *et al*, 1998), o que pode ser averiguado pelos discursos de G-1: “*o acolhimento, eu acho que já melhora muito a qualidade da coisa*”; U-1: “*eu não estava vindo consultar mais, porque o atendimento estava muito ruim*”.

Malik *et al* (1998) comentam que, embora o usuário seja aquele para quem se faz a atividade, é comum ignorar ou relegar a segundo plano sua pessoa e suas necessidades, com a agravante de que a manutenção da execução de tarefas repetitivas e desconectadas reforça a crença do profissional de que não há outra forma de se trabalhar (CAMPOS, 2007).

A USF-2 tende a trilhar o mesmo caminho por ser do mesmo porte que a USF-1 (três equipes de PSF e uma equipe matricial), por ter processo histórico semelhante, ou seja, as duas têm origem em uma Unidade Básica de Saúde com tradição no modelo assistencial médico-centrado e de pronto-atendimento, no sentido de resolutividade imediata, sem acompanhamento posterior do problema que trouxe o usuário à unidade, tal como advogam Victorino *et al* (2006). É fundamental ressaltar ainda que a percepção do processo de trabalho e do acolhimento pelos atores sociais da USF-2 não difere muito dos da USF-1 (ACS-2: “*uma pessoa tava com pressão alta. O auxiliar mandou ele ir embora*”. G-2: “*chega*

ao conhecimento do enfermeiro e a gente acaba resolvendo que o paciente acabava ficando satisfeito”).

A Figura 8, procura evidenciar o processo de trabalho instaurado na maior parte das USFs de Pindamonhangaba, especialmente nas de grande porte. Percebe-se a distância do usuário em relação ao médico, quando o primeiro procura atendimento espontaneamente, por entender, segundo seu julgamento, que carece de consulta médica no momento em que acessa o serviço de saúde.

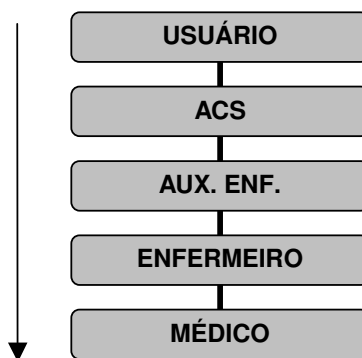


Figura 8 Processo de trabalho fragmentado entre os diversos profissionais da saúde

Para o usuário, os prejuízos são muitos: incerteza de se alcançar o que se deseja (pelo fato do atendimento estar atrelado a inúmeras variáveis), risco de receber uma informação errônea (já que são muitos os emissores), tempo de espera para ser atendido muito maior do que o realmente necessário (uma vez que precisa esperar a disponibilidade de cada um desses profissionais para realizar seu atendimento), diminuição do vínculo e confiança estabelecidos ao longo do tempo com os profissionais de saúde local, entre outros.

Como é do papel gerencial garantir o SUS, a satisfação da clientela e a qualidade no atendimento, ser determinante do processo de organização dos

serviços (PASSOS; CIOSAK, 2006), contribuir para a transformação de modelo de atenção (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007) e envolver os recursos humanos para o comprometimento e a responsabilidade necessários (DUSSAUT, 1992 *apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007), é fundamental que os gerentes das unidades de saúde da família promovam encontros entre si para analisarem as problemáticas locais e encontrarem estratégias alternativas como meio de resolvê-las.

Campos (2007) propõe a construção de espaços coletivos para a resolução dos problemas, tendo em vista que os conselhos gestores e os grupos colegiados de gestão colaboram para uma gestão mais participativa, em que o interesse de todos tem como ser expresso.

Das unidades pesquisadas, somente a USF-3 mantém o conselho gestor funcionando e U-3, que faz parte desse conselho e é liderança comunitária, não apresenta ressalvas quanto à qualidade do serviço prestado. Por ele, não é hábito dos profissionais da USF-3 encaminhar pacientes ao pronto-socorro, mesmo na ausência do médico: segundo ele, a equipe é acolhedora, todos conversam, dão atenção e ninguém fica sem atendimento. Quando alguém não pode vir à unidade, tem sempre alguém que vai visitá-lo. Este discurso é consoante com o de G-3 e AUX-1 e traduz, na prática, o que é proposto pela Organização Mundial de Saúde: “o grau de acolhimento mede as expectativas dos cidadãos em relação à forma como gostariam de ser tratados pelos sistemas de serviços de saúde” (World Health Organization, 2000, p. 32 *apud* MENDES, 2002, p. 26).

O fato de a equipe toda conhecer a comunidade no decorrer de seus sete anos de funcionamento, além de facilitar a condução das demandas programada e espontânea, pois se reconhecem as razões que motivam o usuário a procurar atendimento, estreita os laços entre trabalhadores e munícipes. Esta relação,

segundo Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005), não apenas ressalta o papel do serviço de saúde: acolher, escutar e oferecer resposta positiva aos problemas da população, como também o faz por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Contudo, conhecer a realidade local é apenas uma parte do processo de trabalho considerado “estratégico”. Sozinho, esse quesito não garante a melhor condução da demanda espontânea na USF-3, assim como nas demais, pois as formas propostas para agendar consulta médica ou estabelecer o fluxo de trabalho não advém de uma avaliação mais rigorosa dos processos anteriormente instalados.

Os profissionais da USF-4 afirmam que a mudança do agendamento para duas vezes semanais no período da manhã, não apenas reduziu o número de faltosos, como “transmitiu” a sensação ao usuário de que há mais vagas para consulta médica.

Na realidade, essa idéia é falsa, pois o número de consultas é, via de regra, o mesmo. Porém, historicamente, a USF-4 já fez marcação diária como a USF-3. Como o desejo de pronto-atendimento da comunidade leva à alta procura por atendimento imediato e somente durante os processos doentios (“*se fizesse aqui um pronto-atendimento, poderia atender todo mundo à nossa volta, porque a demanda aqui é muito grande*”), a oferta de um número maior de vagas naquele dia, mesmo que não haja vaga nos outros deve passar a sensação de que algo mudou.

O livre agendamento das unidades USF-1 e USF-2, no entanto, parece não garantir o acesso do usuário ao serviço, caso contrário não haveria falas como: “*chegava mais cedo pra marcar consulta e não conseguia*”; “*o médico não ia atender, dizia que não ia ter consulta*”. Não há, portanto, respeito à acessibilidade, conceito comentado por Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES; PINHEIRO,

2005) e tão fundamentado pelo SUS, além de constar como ponto fundamental no documento Política Nacional de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006-b).

Outro ponto relevante, relacionado ao acesso, diz respeito ao próprio Programa Saúde da Família e sua concepção de territorialidade e cadastramento da clientela (BRASIL, 2000-a). A proposta é identificar verdadeiramente os problemas de saúde e repensar a intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2005), não uma delimitação administrativa para a gestão física dos serviços.

Contudo, a maior parte dos técnicos não têm a maturidade necessária para compreender a dinâmica de acesso referenciado e contra-referenciado, ou a Atenção Básica como porta de entrada principal ao SUS. Talvez esse cenário também se dê pela ausência de maturidade dos gestores que administram as unidades: *“qual a experiência de gerenciamento que a gente tem? A que a gente trouxe da faculdade e, a mais, um curso de especialização em saúde pública”*.

Para os usuários, a forma de organizar o serviço nos moldes do PSF nem sempre é entendida, o que o leva a pensar que não lhe é garantido o direito de ser atendido pelo profissional que deseja ou está acostumado (*“eu não tenho direito de escolher qual médico eu quero passar. E se eu passar por um médico e não gostar dele?”*). Isso se dá porque a estrutura de equipe para mil famílias ou quatro mil habitantes para atendimento é a de um médico, além de enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. De fato, não há outro profissional médico para escolha.

Para aquele que não é atendido numa certa unidade e não é referenciado a outra, fica a impressão de que o serviço de saúde pública não é disponível a todos (*“ele mora num lugar, ele não pode passar aqui. Lá não tem PSF”*). Sob o ponto de

vista daquele que faz tratamento com um certo profissional e, por reestruturação local, deve trocar de médico, a percepção é de que ficou abandonado: outro não poderá avaliar os exames que o primeiro solicitou, seu tratamento deve ser iniciado novamente (*“passei no doutor agora porque eu tomo diazepam. Ele disse que não pode dar esse tipo de remédio, e eu não posso ficar sem. Vou passar com quem agora? Só que o outro médico só atende lá. Agora se for lá não consegue, é por ruas também. Tem que pagar particular”*).

Em situações como essa, o enfermeiro acaba agindo como intermediador entre o usuário e o médico, contudo, isso é tão freqüente que, mesmo que de forma maleável nas unidades USF-3 e USF-4, até pelo sistema de “intercorrências” implantado, criou-se um novo modelo de assistência, esse sim muito enrijecido na USF-1 e próximo a isso na USF-2: a enfermeiro-centrado. Os processos de trabalho analisados indicam que o enfermeiro é sempre acionado, seja pelo recepcionista, auxiliar de enfermagem, ACS e até mesmo pelos usuários (*“sempre passa pelo enfermeiro”*; *“a recepção encaminha para o enfermeiro”*; *“a gente, ACS, encaminha para o enfermeiro”*).

Dentre as propostas da Estratégia Saúde da Família, uma é a de transformar a assistência centrada no médico em prol da usuário-centrada. Como o enfermeiro não tem um agendamento programado como o médico, assumindo as funções mais diversas (*“se eu ver que não vou dar conta eu agendo pela manhã, mas é complicado pra mim”*), nem sempre a consulta de enfermagem é realizada conforme o que é preconizado pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2001) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Por isso, Fracoli e Bertolozzi (2001-a) pontuam que, eventualmente, a forma como a pessoa vive e trabalha não é considerada como sendo desencadeante ou

condicionante do processo saúde-doença. Corre-se o risco, portanto, de que, influenciados pelo modelo de consulta do médico, devido à alta demanda e a necessidade emergente de resolutividade rápida, além da própria cobrança da população por um pronto atendimento, os enfermeiros deixem de se preocupar com estratégias para prevenir doenças e promover saúde, optando por um atendimento voltado à queixa clínica, reiterando, assim, o modelo médico de assistência.

Dessa forma, o estudo revelou que, nas unidades de saúde da família de Pindamonhangaba, a intensa divisão do processo de trabalho, a assistência centrada no enfermeiro, a manutenção de uma rotina de serviço, seja para o agendamento de consultas, seja no fluxo pelo qual passa o usuário do momento em que acessa o serviço até a obtenção (ou não) da assistência solicitada, tudo se faz pela “tentativa e erro” de estratégias que, uma vez estabelecidas, repetem-se até se tornarem fixas.

Faz-se necessário que os gerentes sejam instrumentalizados de modo que tenham condições de estabelecer, de forma participativa com as equipes, um processo de trabalho caracterizado pela produção de cuidados, não com a de procedimentos (MATUMOTO *et al*, 2006). Mishima (1995 *apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007) recomendam que os mesmos assumam a responsabilidade de proporcionar um trabalho não burocrático, criativo e flexível frente às padronizações inerentes ao serviço.

6.4.2 Acolhimento

As falas relacionadas ao acolhimento sugerem que este é fundamentalmente relacionado ao acesso à demanda espontânea, tal como referem Silva, Fracoli e Zoboli (2005) e Poli e Norman (2006). Porém, na USF-1, não existe um sistema que

inclua esta demanda no rol de acompanhamentos de rotina, como na USF-3 (“*Nesse intervalo, não viro as costas e deixo ele sentado. Aproveito, já explico sobre o preventivo*”), ou seja, se o paciente for uma mulher e estiver com pressão elevada, ela é atendida no acolhimento por hipertensão, mas não é aproveitada a oportunidade de se realizar um exame de Papanicolaou ou agendá-la, considerando-se o fato de que este usuário é uma mulher. Contraria, pois, a idéia de Victorino *et al* (2006) que propõe dar seguimento aos casos de livre demanda.

A USF-3 parece estar mais estruturada em relação às demais unidades, uma vez que todo o território e municípios da área de abrangência já são conhecidos por gerente e técnicos, o que facilita outras abordagens e avaliações que não apenas a queixa momentânea.

Na USF-2, a tônica do acolhimento está mais voltada à qualidade de atendimento oferecido à população, em concordância com autores tais como Campinas e Almeida (2003), Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES, PINHEIRO, 2005), uma vez que, nessa unidade, procura-se estabelecer uma relação de compromisso e confiança frente ao paciente.

O acolhimento na USF-4 é percebido como uma prática exercida por todos os profissionais, tal como na USF-3, seja por ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro ou médico. Portanto, estas duas unidades se organizam em consonância com o que Fracoli e Bertolozzi (2001-b) e Doria e Polidoro (2004) entendem sobre o acolhimento, ou seja, uma metodologia de trabalho pertinente a todos.

Na USF-1, o acolhimento é praticamente função do enfermeiro, cuja incumbência é triar aquele que será atendido pelo médico ou não. Tal como Fracoli e Bertolozzi (2001-b) apontam, o acolhimento é transformado numa consulta de enfermagem, mas não se aproveita a ocasião para identificar os fatores

determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e, ao invés disso, os atores sociais envolvidos reforçam a assistência focada na realização de procedimentos, normas ou rotinas, contrariando o esperado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006-b)

Vale ressaltar também que, neste local, a pessoa que procura o serviço, e é considerada “um acolhimento”, tem acesso, geralmente, a um número limitado de vagas disponíveis à população (“*o médico atende quatro intercorrências e chegam dez. Seis vão pra onde? Pro PS!*”). Não é muito diferente se comparado à USF-4 (“*o certo é cinco, mas tem dias que eles passam até oito pessoas, dessas oito pra lá, procuram um pronto-socorro*”).

É interessante, pois, atentar-se também ao fato de que, tanto na USF-4 quanto na USF-1, o acolhimento é a estratégia para que o paciente tenha ou não acesso ao atendimento médico, o que corrobora com a referência de Franco e Merhy (2000), os quais inferem que os serviços ainda se dão a partir da clínica médica, no enfoque de pronto atendimento e centrados na queixa clínica, como pontuam Silva, Fracolli e Zoboli (2005).

A alta demanda é a principal justificativa da USF-1 e da USF-4 para que somente a queixa imediata seja resolvida. Contudo, a USF-2, que é do mesmo porte e característica da USF-1, não apresenta o mesmo problema, talvez pela proximidade de um Pronto Atendimento na região. De qualquer modo, tanto nas unidades USF-1 e USF-2, as falas sugerem que a resolutividade do acolhimento é pequena, corroborando com as percepções de Pereira e Fracolli (2005) sobre o assunto.

Conforme Hossmann e Lourenço (2006), a demanda elevada prejudica a intervenção preventiva e reforça a prática curativa e, via de regra, é o que acontece

em todas as unidades avaliadas. No entanto, o acolhimento ainda é mais estruturado na USF-3 que, na ausência do médico ou na impossibilidade de resolução imediata do problema, acessa os serviços de PSF próximos, numa tentativa de evitar que o paciente se desloque ao pronto atendimento distante do local em que ele reside, reforçando a necessidade de articulação entre os integrantes da equipe e dessa com outras no intuito de melhorar a prática do acolhimento e, por conseqüência, a condução da demanda espontânea.

Quando gerentes e técnicos são questionados sobre a razão do acolhimento, as falas revelam as seguintes percepções: *“é chegar em determinado lugar em busca de algo que me satisfaça e essa necessidade seja sanada”*; *“é a pessoa sair dali com o problema resolvido ou encaminhado”*; *“damos a informação que ele vem buscar”*; *“serve para atender a emergência”*; *“é não liberar sem atendimento”*; *“é perguntar se ta tudo bem, abrir um sorriso”*.

Mas, para surpresa, essa não é a percepção de muitos usuários: *“não atenderam e mandaram para o pronto-socorro”*; *“não tem médico, não vai vir, não tem aviso”*; *“horário de almoço, não nos importa que feche a unidade, mas em caso de emergência atendesse”*; *“eu não estava vindo consultar mais, porque o atendimento estava muito ruim”*; *“só continuo porque não tem opção, é o centro de saúde que o médico tem tempo pra examinar as pessoas, mas não toca”*.

Essa divergência entre a fala dos atores triangulados gera descrença frente à comunidade (RIBEIRO *et al*, 2006), contraria o espaço reservado onde se dá a escuta da demanda (POLI; NORMAN, 2006), impede a resolutividade dos problemas da população (GUISARDI; FRACOLI, 2005); demonstra uma postura de indiferença, não de solidariedade (DORIA; POLIDORO, 2004); põe em risco a prevenção (HOSSAMANN; LOURENÇO, 2006); não vai de encontro com a captação do

atendimento eventual transformado em demanda para seguimento (VICTORINO *et al*, 2006); compromete a reorganização do trabalho de modo a garantir acesso universal e com equidade (BRASIL, 2006-b).

Doria e Polidoro (2004) referem que, com um sistema de acolhimento bem sucedido, os resultados dos objetivos propostos são alcançados, o fluxo de atendimento pode ser racionalizado, a demanda ambulatorial no pronto-atendimento é reduzida, o número de pessoas que circulam desorientadas pela unidade diminui, a satisfação do cliente aumenta e o ambiente de trabalho fica mais harmonioso.

Reforçam ainda que:

- pacientes que procuravam o serviço médico tinham suas questões oferecidas pela equipe de acolhimento (*“pacientes que chega na unidade querendo uma consulta, no momento que você sente pra conversar com ele você percebe que naquela conversa ele não quer mais a consulta com o médico”*);
- o número de atrasos e faltosos caia (*“o número de falta diminui muito”*);
- havia identificação com os grupos de risco (*“a gente já conhece a população”*);
- as habilidades dos auxiliares de enfermagem eram melhor aproveitadas e passaram a ser estimulados a participar do processo decisório (*“tem um paciente que está com 22x18, o senhor quer que faça alguma medicação?”*);
- o trabalho dos enfermeiros passou a ser mais valorizado, pois passaram a executar as funções pertinentes ao seu cargo e qualificação (*“às vezes, ele já está atendendo outras pessoas, não custa nada ver a pressão”*);
- os técnicos administrativos puderam reorganizar os prontuários e intensificar de forma significativa a busca de vagas (*“automaticamente pegamos a ficha dele”*);
- canais de comunicação entre a comunidade e a unidade puderam ser criados e permitiram solução mais ágil para os problemas (*“já deu jornalzinho, está escrito”*);

- a segurança deixou de ser fator de coerção e exclusão para ser um direcionador ao acolhimento (*“o guarda veio e me trouxe uma paciente chorando”*);
- possibilitou uma integração maior entre a equipe médica da unidade (*“o médico já vai fazer um ano que está aqui, graças a Deus”*);
- maior valorização do local de trabalho pelo funcionário, reduzindo a rotatividade (*“compromisso que a equipe tem com o trabalho”*) e
- melhoria organizacional com o estabelecimento de um cronograma de atividades para reuniões, cursos, palestras, sem prejuízo das atividades normais.

Nem por todas essas razões, as unidades de saúde da família de Pindamonhangaba parecem efetivar o acolhimento considerado ideal pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2000 *apud* MENDES, 2002), tendo em vista que o processo de trabalho não é centrado no usuário, mas no enfermeiro que reforça o modelo médico de assistência. Também não correspondem às expectativas dos cidadãos, pois não garantem ao usuário o direito a informações (*“gostaria de saber, aqui é difícil perguntar,..., a gente não tem informação”*), à escolha do profissional com quem quer ser atendido (*“eu não tenho o direito de escolher qual médico eu quero passar”*) e o acesso às redes de proteção social.

Soma-se a esse cenário, a agravante de que a maior parte dos profissionais de saúde envolvidos no acolhimento não são capacitados para tal, e o fato de ser truncado o processo comunicativo estabelecido nas unidades, tanto quanto o processo de trabalho ser fragmentado. A consequência provável é, portanto, a inviabilidade do acolhimento como uma estratégia de reversão do modelo assistencial, conforme o esperado pelas premissas básicas do Programa Saúde da Família, ao menos nas unidades de saúde do município de Pindamonhangaba.

6.5 CONDUÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E SUA RELAÇÃO COM O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Mendes (2002) direciona aos serviços de saúde a responsabilidade de responder de forma organizada as necessidades das populações. É necessário, pois, que os gestores de saúde, além de conciliar a obtenção de resultados com a gestão de pessoal (MAXIMIANO, 2006) reúnam habilidades tais, que seja possível formular estratégias para reorganizar o serviço em que trabalham.

São muitos os meios que podem auxiliar os gestores nessas funções: contratar pessoal técnico qualificado, capacitar seus recursos humanos e avaliá-los, produzir serviços na proporção da demanda, ter coerência entre o planejamento e a programação dos serviços de saúde, (FERREIRA, 2004), utilizar indicadores de saúde para o processo de tomada de decisões (BRASIL, 2004), tudo de modo diminuir os riscos das emergências e prevenir o que não se almeja. Conforme a governabilidade de cada um, se bem aplicados, tais recursos podem trazer excelentes respostas aos problemas encontrados nos serviços de saúde.

De todos os pontos mencionados, o planejamento é um dos mais citados pelos autores (DAFT, 2005; MAXIMIANO, 2006; BOURGET, 2005-a; ARTMANN, AZEVEDO; CASTILHO SÁ, 1997), uma vez que sem planos não se podem organizar eficientemente os indivíduos e controlar o resultado de suas ações (KAMIMURA; MOLINA, 2004).

Na área da saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) elaborado por Matus (1989 *apud* LANA; GOMES, 1996), é o mais recomendado. Ciampone e Peduzzi (2001) propõem sua utilização no trabalho em equipe do Programa Saúde da Família porque seus princípios levam em conta a inclusão e o controle social.

Tendo em vista que o objetivo geral do estudo é avaliar as perspectivas dos atores sociais que envolvem as Unidades Saúde da Família quanto à demanda espontânea, no sentido de identificar se ela é ou não contemplada no Planejamento Estratégico Situacional (PES), esta seção procura relacionar o acolhimento com cada momento do PES, no intuito de que a análise dos resultados obtidos dê margem à comprovação da hipótese do estudo.

A Figura 9 procura demonstrar o pensamento acima:

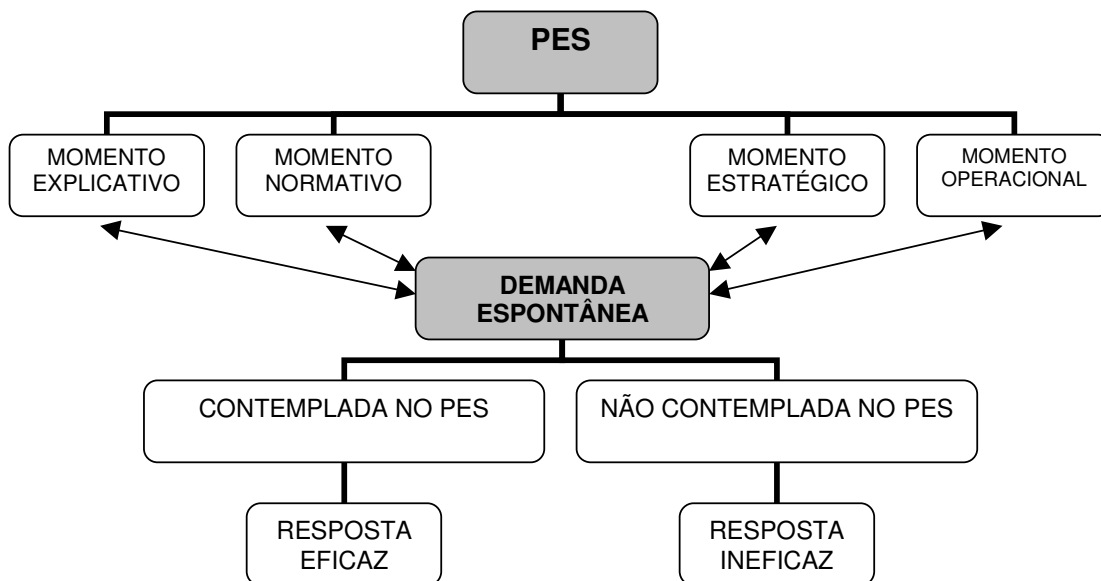


Figura 9 Relação da condução da demanda espontânea com o PES

No momento explicativo, Matus (1989 *apud* LANA; GOMES, 1996) propõe que os problemas sejam identificados e explicados. Os resultados obtidos sugerem que gerentes, técnicos e usuários percebem, basicamente, o seguinte problema, comum a todas as unidades de saúde: demanda por atendimento maior que a oferta de serviços (*“não está tendo vaga”; “vinha marcar consulta, estava muito demorada”; “chega todo dia no posto tá aquela fila enorme”*).

No entanto, conforme Campos (2007) não há, nesses locais, um momento para se reunir o coletivo de modo que as causas relacionadas aos problemas pudessem ser averiguadas com a participação de todos os envolvidos. Nem mesmo as reuniões de equipe, quatro horas semanais garantidas pela Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, têm servido para esse propósito.

Se o ponto de partida para um bom planejamento é o diagnóstico da situação, o qual inclui identificar os problemas e priorizá-los de modo que as prioridades possam se tornar planos de ação (BOURGET, 2005-a), há de se ressaltar que as unidades apresentam dificuldade em fazê-lo.

Nestes serviços, o sistema de priorização é construído a partir de normas técnicas gerais, não de uma avaliação sistemática da realidade local, o que iria garantir critérios mais específicos voltados às peculiaridades de cada unidade. Quanto a esse ponto em especial, a utilização do SIAB poderia ser de grande utilidade, tal como pontua Bourget (2005-a) no ANEXO C.

Muito embora os discursos não tenham dado ênfase a um pensamento estratégico no modo de resolver os problemas, Meyer (1987) aponta que o planejamento é uma atividade inerente ao ser humano. Assim, nas unidades estudadas, é o senso comum e não o planejamento estratégico que define o objetivo a ser alcançado. Acrescido do prazo para se obter os resultados esperados, é o que Kamimura e Molina (2004) denominam de momento normativo do PES.

As falas não evidenciam que a equipe trace um objetivo de modo participativo. Logo, não há sinergia entre gerente e técnicos para que todos se voltem à concretização de uma meta única, pertinente a todos, como é o caso, por exemplo, da elevada demanda por atendimento.

Sem plano de ação definido e um objetivo comum para a resolução de um problema, corre-se o risco de que de que, durante a análise da viabilidade do plano, considerada por Matus (1989 *apud* LANA; GOMES, 1996) o momento estratégico do PES, muitos sejam os conflitos a serem enfrentados, considerando que é nessa fase em que se mapeiam os atores que podem cooperar ou se opor ao projeto (KAMIMURA; MOLINA, 2004).

De acordo com Kamimura e Molina (2004), é esperado, no momento estratégico do PES, que gerente e técnicos reforcem “o que fazer”, “quem fará”, “quando”, “como”, “onde”, “com quem” e “com que recursos”. Percebe-se que as unidades estudadas estão muito aquém de realizar um planejamento estratégico para quaisquer modificações no serviço que se queira implantar, pois as etapas básicas de um planejamento estratégico estão sendo negligenciadas.

Por essas razões, as alternativas de enfrentamento do problema referenciado pelos atores (alta demanda por serviços) não o resolvem, sendo as soluções encontradas superficiais e, via de regra, ineficazes: agendar horário para atendimento das intercorrências (*“de 7:30h às 8:30h essas intercorrências: se tiver febre e dor”*); centrar no enfermeiro e não no usuário o foco da assistência (*“o enfermeiro avalia o grau da necessidade de consulta”*); não conduzir adequadamente a demanda espontânea (*“o médico atende quatro intercorrências e chegam dez, sei vão pro PS”*).

Dessa forma, outros problemas são gerados: se o usuário com dor não conseguir passar no “horário da intercorrência”, ele tentará marcar uma consulta. Por não haver “vaga”, ele entra no “sistema de acolhimento”. Seu problema é transferido do ACS para o auxiliar de enfermagem, deste para o enfermeiro e daí para o médico. Como este profissional já esgotou sua “cota de atendimentos”, o paciente

com dor é encaminhado para o pronto-socorro, o que inviabiliza qualquer tentativa de mudança do modelo assistencial, a criação de vínculo entre profissional-cliente, além de oferecer um serviço considerado de baixa qualidade (*“só venho porque não tenho opção”*).

Logo, o processo de trabalho (discutido na seção 6.4), que deveria ser um facilitador da assistência (*“a bagunça está institucionalizada”*), não garante a harmonia no ambiente (*“todo mundo acabando louco”*) e a resolução das necessidades do paciente (*“só venho porque não tenho opção”*), uma vez que se apresenta fragmentado e é exercido de modo repetitivo, rotineiro e desconectado da realidade. Segundo Campos (2007), o quadro pode agravar-se, pois a rotina instalada reforça a crença de alguns profissionais de que não há outras formas de se trabalhar.

O cenário estabelecido nas unidades não é favorável, e pelo fato de os dados provenientes das ações de saúde realizadas não serem transformados em informações e, quando o são, as informações obtidas não contam com uma avaliação técnica e formal (vide seção 6.2), mesmo que houvesse um objetivo comum, o processo comunicativo vigente não daria conta de que as idéias relacionadas ao projeto fossem transmitidas para os atores sociais envolvidos, no intuito de que pudessem percebê-las e se situar perante suas responsabilidades.

Conforme comentado na seção 6.3, o processo comunicativo estabelecido entre os próprios profissionais e entre esses e os usuários não é eficaz (*“cada um falando uma língua”*), sendo centralizada nas mãos de alguns, enfraquecendo-se na medida em que se aproxima dos níveis hierárquicos mais baixos (ACS-3: *“chegou do pessoal lá de cima”*) e, as reuniões de equipe, as quais poderiam dar conta de

uniformizar e nivelar as informações não têm sido expressivas (*“raramente é feita reunião, não dá em nada”*), principalmente nas unidades de grande porte.

Por último, o momento tático-operacional, o qual corresponde à programação de curto prazo, e inclui a tomada de decisão, controle e avaliação (MATUS, 1989, *apud* LANA; GOMES, 1996). De acordo com Kamimura e Molina (2004), assumir essa proposta estratégica de planejamento pode ser uma forma de construir um novo modo de pensar que supere a rotina e a inércia burocrática.

De modo geral, as unidades de saúde planejam suas atividades informalmente e, via de regra, pelo senso comum. Os resultados de suas ações nem sempre geram os resultados esperados, por isso, é freqüente a estratégia da “tentativa e erro”: *“vamos tentar desse jeito”*; *“eu acho que assim não vai funcionar ... várias tentativas: assim dá, assim não dá ... na tentativa”*. Não há, portanto, predomínio do pensamento estratégico para a execução dos planos.

Estes não são baseados em uma prioridade que corresponda à realidade local, mas por normas técnicas comuns a todos os serviços, geralmente, diretrizes do Ministério da Saúde. Tais planos originam-se de objetivos elaborados ora pela gerência centralizadora, ora pelo acordo casual e cordial entre os integrantes da equipe, os quais tendem a ser mais comprometidos com a hierarquia do que com o alcance de uma meta.

Como as mudanças no processo de trabalho, não foram resultado de um planejamento estratégico, não é sem motivo que predominam as seguintes falas: *“a bagunça está institucionalizada”*; *“sem perspectiva pra mim”*; *“que se lasque, a população vai se acostumando”*; *“não tem organização”*.

E, mesmo quando se admite que *“não se faz planejamento, acho que não tem”*, *“que tem reclamação de tudo, em relação ao atendimento, em relação ao*

médico, em relação à enfermagem, com relação à demora para serem atendidos”, que “não ta tendo vaga”, que “vão pro PS”, a percepção de alguns atores sociais é de que “ta melhorando”, “ta fluindo melhor”, “que mudou tanta coisa”.

Neste momento, vale ressaltar Silva (1996, p. 110): “vemos e ouvimos apenas aquilo que mais nos convém”. Conforme a autora,

embora comum, esse não pode ser o comportamento de um profissional de saúde, porque ele precisa estar habilitado a detectar dificuldades e dúvidas do paciente, verificando a coerência das mensagens recebidas, o que só é possível quando ele utiliza realmente as técnicas da comunicação verbal e não verbal como um instrumento básico da profissão.

Reforça-se o pensamento de Malik *et al* (1998) pelos quais, sendo o processo produtivo fragmentado e isolado, corre-se o risco de que o trabalhador se aliene diante do produto final, tendo em vista a insistência em se manter a execução de tarefas repetitivas e desconectadas.

Para esse cenário, Uribe (2001) propõe que a instituição dê ênfase ao processo de aprendizagem, pois é a partir dele que a pessoa pode aprender a perceber ou a reinterpretar uma situação, aprender como aplicar essa percepção para a formulação de uma ação e aprender como implementar as ações pretendidas.

Por ocasião do planejamento, Scholse (2006) acredita que a capacitação viabilize as propostas elaboradas. No entanto, como este planejamento tem sido realizado pelo bom senso de quem o faz, e não pela avaliação constante das informações que se obtém da realidade, Oliveira e Ituassu (2006) reforçam a necessidade da educação permanente dos recursos humanos, uma vez que é fundamental modificar a postura de alguns profissionais, garantindo-lhe habilidades para o enfrentamento do processo de reversão do modelo assistencial proposto pelo Programa Saúde da Família.

Finalizando, a análise dos resultados obtidos por meio dos discursos dos atores sociais das Unidades de Saúde da Família de Pindamonhangaba não levam a crer que a condução da demanda espontânea que acessa os serviços de saúde estejam contempladas no Planejamento Estratégico Situacional, mesmo porque, este não é realizado em nenhuma das unidades estudadas.

7 CONCLUSÃO

Antes de este estudo ser iniciado, percebia-se que era grande a resistência dos profissionais de saúde em fazer o acolhimento. Nas unidades de saúde da família de Pindamonhangaba, é comum utilizar o termo acolhimento como atendimento à demanda espontânea, ou seja, o processo pelo qual o usuário percorre para acessar o serviço, geralmente, quando não tem consulta médica marcada. Um e outro termo diferem na literatura, mas prevalecem como sinônimos no município.

Embora, neste estudo, tenha se considerado acolhimento e demanda espontânea sem distinção, foi apenas a forma encontrada para que a autora pudesse penetrar no universo dos atores sociais, de modo que a análise das entrevistas fosse contemplada.

Sabe-se que o acolhimento em si é um recurso para qualificar a escuta, oferecer respostas conforme a necessidade do cliente, ser empático, respeitoso: é encontrar alternativas para uma demanda ímpar que carece de atenção e cuidados.

Talvez, pelas razões acima, o acolhimento tenha potencial para modificar o *status quo* de processos de trabalho tão semelhantes entre as unidades. O estreitamento dos laços que se firmam entre profissional-cliente exige do primeiro esforços para que novas estratégias de atendimento sejam elaboradas dia a dia.

Infelizmente, um esforço que não foi evidenciado pelo estudo. O acolhimento, em seu sentido de “humanização do atendimento”, é preterido inúmeras vezes pela atenção dispensada pelas equipes em arranjar soluções quase que “tayloristas” de conduzir a demanda espontânea: do usuário ao agente comunitário, deste para o

auxiliar de enfermagem, do auxiliar para o enfermeiro e do enfermeiro para o médico.

Para compreender essa dinâmica, a autora que, pela experiência de trabalho em uma unidade de saúde do município, e que, de alguma forma, não deixa de ser ator social, precisou tornar tênue a linha que separa os modos de conduzir a demanda espontânea com os modos de se acolher.

Não é sem motivo que a pergunta direcionada aos entrevistados foi “como é o acolhimento em sua unidade?”, não “qual a forma como você conduz a demanda espontânea”. É provável que, com a segunda, o conteúdo das falas não seria tão rico e, quem sabe, nem causado tanta identificação por grande parte dos entrevistados.

De início, questionava-se se não haveria outras estratégias para estabelecer um processo de trabalho que viabilizaria a condução da demanda espontânea, tendo em vista que se acredita não ser possível serviços de saúde tão distintos promoverem praticamente as mesmas ações. Ou seja, se diferentes formas de gerenciar um local poderiam garantir ou não acesso mais ou menos facilitado aos usuários.

Essas indagações levaram a uma busca na literatura que pudesse trazer algumas respostas. Vários autores mencionavam que a prática do acolhimento teria potencial para modificar o processo de trabalho, orientar a população no que trata o fluxo de atendimento, identificar as demandas implícitas e explícitas dos usuários, além de garantir a autonomia, o respeito e o vínculo entre o profissional e o cliente. Mais do que isso, experiências exitosas com o acolhimento ressaltavam a melhoria na qualidade dos serviços prestados e harmonia no ambiente de trabalho.

Compreendeu-se, portanto, que, por meio do acolhimento, a organização dos serviços, bem como o vínculo e compromisso profissional com a clientela, teriam mais chances de serem bem sucedidos.

Como, neste estudo, considerou-se sinônimo acolhimento e demanda espontânea, a utilização da “triangulação de métodos” permitiu avaliar a percepção dos atores sociais (gerentes, técnicos e usuários) envolvidos nas unidades de saúde da família (USF) de Pindamonhangaba, quanto à condução da demanda espontânea, por meio do questionamento sobre o acolhimento aos usuários.

Objetivou-se também avaliar se esta demanda estava contemplada ou não no Planejamento Estratégico Situacional (PES), tendo em vista que o PES é considerado uma ferramenta adequada para o planejamento de ações de saúde. O pressuposto era o de que não bastava identificar os modos de se conduzir a demanda espontânea, mas averiguar se os gerentes das unidades lançavam mão de alguma estratégia (como o planejamento) para garantir a eficácia do processo.

O método utilizado foi adequado, porque, se ao invés de entrevistar todos os atores sociais de forma triangular, o fizesse apenas com os gerentes, os resultados obtidos seriam parciais e superficiais, e não iriam garantir o diagnóstico correto desse contexto. Inferir, interpretar e analisar três tipos de falas únicas e, ao mesmo tempo, que ecoam entre si, foi, também, uma estratégia para verificar se os modelos de gestão precisam ser repensados.

Contudo, algumas limitações puderam ser observadas: a primeira delas foi a impossibilidade de se entrevistar um médico. Muitos estavam de férias na ocasião da entrevista, outros não se prontificaram a fazer parte do estudo, e nenhum assumia o cargo de gerência nas unidades de escolha.

Vale ressaltar que mais rica seria a pesquisa se outros atores e outras unidades pudessem ter feito parte da amostra qualitativa. Somado às limitações do próprio método, há de se questionar até que ponto pode-se generalizar para outras unidades do município, e até mesmo para outras regiões, os resultados obtidos. Daí a importância de permanecer investigando e realizando novas pesquisas.

As falas dos atores entrevistados evidenciam que, muito embora o número de vagas para consulta médica seja limitado, grande parte das demandas da população não necessariamente tenha origem em processos doentios agudos ou crônicos relacionados a males físicos. É expressiva entre os usuários a falta de informação e orientação, interpretadas por eles como falta de atenção e respeito, o que poderia ser resolvido por um acolhimento bem feito, que abrangesse também as questões emocionais e, por que não, sociais.

Para garantir essa qualidade no atendimento deve ser lembrado que entre os integrantes da equipe, certos profissionais têm a competência e a responsabilidade necessárias, enquanto que outros, somente a responsabilidade. Portanto, acolher, considerando os princípios da humanização do atendimento, é de responsabilidade de todos, mas promover o acesso, estabelecendo um fluxo adequado, é competência de alguns.

O enfermeiro, mencionado nas entrevistas como o profissional que, via de regra, centraliza o acolhimento, é um dos profissionais habilitados. Porém, assumir essa função, como vem sendo feito nas unidades, e não nos valores e necessidades do usuário, como é preconizado pelo Ministério da Saúde, acarreta em perder-se a chance de, passo a passo, reverter a assistência do modo “pronto-atendimento”, já que o enfermeiro tem resumido o acolhimento à queixa clínica, em detrimento a uma

assistência mais ampla, que contemplasse, por exemplo os determinantes do processo saúde-doença.

Sob o risco de reiterar o modelo médico, o enfermeiro precisa se responsabilizar pelo prejuízo, que não se resume apenas à saúde do indivíduo, mas à saúde da família que o acompanha, uma vez que deixa de considerar a interação indivíduo-família, a qual também interfere em seu estado de saúde.

Muito embora, em sua formação básica, esse profissional seja graduado em disciplinas de ordem biológica, psicológica, social e administrativa, o que facilita que ele seja um bom condutor da demanda espontânea, há de se resgatar os conceitos e as práticas fundamentais da enfermagem, esquecidas com a rotina e a intensa cobrança por pronto-atendimento da população, acostumada com o modelo médico assistencial. A necessidade de qualificar continuamente esse profissional justifica-se pelo próprio ato de cuidar, de modo que este não ceda espaço ao senso comum, ou pior, ao ato médico, e perca sua cientificidade e especificidade, por ocasião do acolhimento.

A fragmentação do processo de trabalho instalado nas unidades não é ruim por si só, ou por ser centrada no enfermeiro, mas pela ausência de um fluxo de atendimento eficaz, conhecido por todos, e cujas prioridades sejam estabelecidas de forma participativa e por critérios técnicos.

Assim, o problema não se resume à falta de vagas para atender a demanda espontânea, mas pela ineficiência do próprio processo.

Infelizmente, o planejamento mental, sem metodologia formal e com prevalência de ações de saúde baseadas na “tentativa e erro”, não garante que as estratégias utilizadas nas unidades qualifiquem o serviço, tragam satisfação à clientela, harmonia e interação saudável entre os profissionais.

Portanto, triar pacientes que passarão em consulta daqueles que voltarão para casa ou, fatalmente, ao pronto-socorro (sem que haja indicação clínica para tal), não conferindo as necessidades reais do usuário, expressa apenas o compromisso profissional com as normas e à hierarquia, não com o vínculo terapêutico.

De forma semelhante, agendar a primeira hora da manhã para as intercorrências, estratégia encontrada pelas equipes de unidades menores para reduzir o “número de acolhimentos”, além de demonstrar uma contradição, já que é impossível prever uma intercorrência, sugere a alienação de um profissional, tão acostumado com o *status quo*, e que, por não destinar tempo ao questionamento de suas próprias ações, as quais interferem negativamente na condução da demanda espontânea, acredita não haver outra forma de se trabalhar.

Não se sabe por que a territorialização, ou seja, o processo sistemático realizado pelas equipes de saúde, com a finalidade de se conhecer a área de abrangência em que a equipe atua, não é utilizado como base para estabelecer prioridades e elaborar planos, de modo que seja possível a modificação de um processo de trabalho cindido e desconectado da realidade local.

Não é sem motivo que a investigação sobre os determinantes relacionados aos problemas encontrados, propostas pelo momento explicativo do planejamento estratégico (não identificado na análise dos resultados obtidos), seja tão importante. Por meio dele, a opinião e o posicionamento dos atores sociais envolvidos passariam por deliberação, num ponto, em que as peculiaridades e as adversidades do serviço de cada um fossem contempladas.

Porém, agrava esse contexto o fato de o processo comunicativo instalado nas unidades também ser fragmentado, hierarquizado e pouco sistematizado. Privilegia-

se a comunicação informal, que se dá pela cordialidade entre os integrantes da equipe, à formal, capaz de diminuir conflitos e facilitar o alcance de metas. Até mesmo o espaço das reuniões de equipe, que poderiam ser facilitadoras da unificação da linguagem e da informação, tem sido mal aproveitado em alguns lugares.

Se, ao contrário disso, o processo comunicativo fosse viável e de conhecimento de todos, ele poderia ser útil para que as informações, as ações e os objetivos veiculassem melhor entre os trabalhadores. Em unidades com apenas uma equipe, o relacionamento entre os profissionais faz parecer que a comunicação implantada é suficiente para se alcançar uma meta. Contudo, se a mesma equipe tivesse que compartilhar espaço com outras, pela própria complexidade do sistema, pelo número elevado de pessoas e pela dificuldade de veicular a mesma informação da mesma forma a todos os funcionários, a cordialidade pré-existente não seria suficiente para garantir o alcance da meta.

Por essa razão, considera-se primordial que o processo comunicativo seja formalizado, a tal ponto, que todos saibam como as informações devem ser processadas e transmitidas, sob o risco de que o processo decisório fique comprometido.

No intuito de reverter esse cenário, o gerente pode ser uma figura estratégica. Mas, nas unidades estudadas, reconhece-se a necessidade de formação específica quanto ao gerenciamento de serviços de saúde, tendo em vista a ausência de preparo técnico específico, da qual advêm decisões burocratizadas baseadas no senso comum e na experiência do cotidiano.

Em Pindamonhangaba, a educação permanente é valorizada pelos atores sociais. Todavia, demonstrando contradição, os mesmos não a estabelecem

sistematicamente nas unidades de saúde em que trabalham. Via de regra, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários recebem treinamento de forma isolada, o que, carece ser pesquisado, pode ser um dos motivos que instigam à fragmentação e hierarquização do processo de trabalho.

Habitados a um contexto em que as diversas áreas do saber não interagem entre si, contrariando até mesmo a proposta de trabalho em equipe, cada categoria profissional aprende e aplica o conteúdo do aprendizado em ações limitadas e circunscritas nele mesmo. Essa colocação, apesar de empírica, é percebida no cotidiano da autora, e pode colaborar para o entendimento de parte das razões pelas quais os profissionais têm tanta dificuldade em interagir sinergicamente por ocasião da identificação das situações indesejadas, averiguação de suas possíveis causas, estabelecimento de um objetivo comum baseado em prioridades pré-avaliadas e na governabilidade das pessoas envolvidas.

Nesse sentido, a utilização da metodologia do planejamento estratégico poderia ser útil, uma vez que é uma ferramenta gerencial que aceita a participação de todos na realização do diagnóstico situacional, garantindo que os pontos fortes e fracos, do contexto interno ou externo à unidade, sejam avaliados.

Com a prevalência de um planejamento pouco sistematizado e realizado mentalmente pelos atores sociais, sobretudo pelos gerentes, a execução de planos que permitam o alcance das metas desejadas tende a ficar prejudicada. Constatase que o momento operacional do PES também ficou a desejar.

Conclui-se que não utilizar o planejamento estratégico para resolver os problemas da unidade pode gerar outros problemas: baixa qualidade na assistência sob a ótica do usuário, desgaste da equipe e do gerente, excesso de reclamações, divergências entre o que a equipe e o usuário consideram importantes e, para o

caso da condução da demanda espontânea, a crença de que a manutenção da inércia local dê conta da acessibilidade à população, o que é de direito e garantida em lei.

Acredita-se que, num ambiente em que o processo de trabalho é fragmentado, em que as rotinas não são revisadas, em que a comunicação é ineficaz, em que os registros não garantam informações nem indicadores, em que os planos não são fundamentados em prioridades e em objetivos claros, e em que a gerência seja inexpressiva, cabe ao órgão central, ou seja, à Diretoria de Saúde, providenciar um espaço para educação permanente de seus recursos humanos, sob o risco de inviabilizar a superação do modelo de assistência tradicional, em detrimento ao que se almeja pela Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica à Saúde.

A linha mestra da educação permanente deve basear-se na reinterpretação das situações vivenciadas, a partir das características do território e por todos os atores do Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba, de modo que seja possível aprender a implementar ações com novas maneiras de se trabalhar, ao invés das velhas atividades rotineiras.

É imprescindível que os gerentes sejam o foco da capacitação no que trata reverter o pensamento comum para o pensamento estratégico, uma vez que é por meio da construção de habilidades gerenciais que se espera resolver os problemas que afligem o cotidiano dos demais profissionais e usuários, uma vez que o gerente é o líder da equipe.

Por essas razões, ter alcançado o objetivo geral do estudo permitiu que as perspectivas de todos esses atores sociais fossem contempladas, de modo que se pode avaliar a relação entre as formas de se conduzir a demanda espontânea.

Dentre as inúmeras conseqüências prováveis de não haver um pensamento estratégico que norteie as ações necessárias à organização dos serviços de saúde, a ineficácia no processo de condução da demanda espontânea pode ser uma delas, o que não teve como ser conferido, uma vez que o Planejamento Estratégico Situacional, infelizmente, foi uma ferramenta não utilizada pelos gerentes das unidades de saúde da família do município.

Mesmo assim, espera-se ter contribuído com um ou dois pontos importantes na operacionalização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Na região do Vale do Paraíba, este estudo pode servir de base para a realização de outros, de modo que novas estratégias gerenciais possam ser percebidas e, por meio delas, a acessibilidade universal, de modo integral e eqüitativo do usuário.

Para Pindamonhangaba, acredita-se ter contribuído com a Secretaria de Saúde e Promoção Social, uma vez que o estudo, indiretamente, procurou oferecer parâmetros para avaliação das unidades de saúde e oferecer uma alternativa, entre tantas, para melhorar a qualidade dos serviços prestados, a eficiência e a satisfação dos recursos humanos do município: educação permanente com foco no pensamento estratégico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 8, n. 1, jul./ago., 2000.

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; CASTILHO SÁ, M. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 4, Rio de Janeiro, out./dez., 1997.

AUED-SIQUEIRA, S. O Estudo sistemático da demanda espontânea como instrumento gerencial no PSF. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 194.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, Rio de Janeiro, set./out., 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BORGES, M. E. N. A informação como recurso gerencial das organizações na sociedade do conhecimento. **Ciência da Informação**, v. 24, n. 2, 1995.

BOURGET, M. M. M Ir.(org.). **Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local** – Coleção O Cotidiano do PSF. São Paulo: Martinari, 2005 (a).

BOURGET, M. M. M Ir.(org.). **Programa Saúde da Família: manual para o curso introdutório** – Coleção O Cotidiano do PSF. São Paulo: Martinari, 2005 (b).

BRAGA, J. C. **A instabilidade estrutural do capitalismo brasileiro: uma visão dos anos 50 aos 80**. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1989.

BRAGA, J. C. S.; GOES DE PAULA, S. **Saúde e previdência; estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>> Acesso em: 1 abril 2000. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 7 maio 2006. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos – PACS/PSF**. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Infos/Psaufam.htm>> Acesso em: 13 setembro 2000. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2003**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas, São Paulo/SP. 2003. 222 f. **Tese** (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 53-60.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, A. O.; PAULA EDUARDO, M. B. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).

CASTILHO SÁ, M. A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: PITTA, A. M. R. **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, p. 198-201.

CIANCIARULLO, T. I. Saúde da Família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas públicas. In: CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o Programa de Saúde da Família: identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

CONTRANDRIOPOULOS, A. P.; POUVOURVILLE, G. **Entre constructivisme et libéralisme: la recherche de une troisième voice**. Rennes: École Nationale de Santé Publique, 1991, p. 40.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Documentos Básicos de Enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem**. São Paulo, 2001.

CRACO, P. F. Ação Comunicativa no cuidado à Saúde da Família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 238-239, out./dez., 2006.

DAFT, R.L. **Administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

DINIZ, T. M. R. G. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999. p. 41-58.

DORIA, S. C. B.; POLIDORO, M. A. Implementação do acolhimento resolutivo na unidade básica de saúde da família e pronto atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo. In: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 2004, Brasília. **Trabalhos premiados**, p. 76-86.

DUSSAULT, G. A. Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 9, n. 1, Rio de Janeiro, 2004.

FLORES, C. F. **Inventando la empresa del siglo XXI**. Chile: Hachete, 1989.

FRACOLLI, L. A. MAEDA, S. T. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 213-217, jun., 2000.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, p. 4-8. (a)

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. O perfil epidemiológico nas práticas do enfermeiro no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, p. 9-13. (b)

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y., Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 5, Ribeirão Preto, set., 2001.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 15, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> Acesso em: 13 setembro 2000.

FRIEDRICH, D, B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v. 16, n. 1, Rio de Janeiro, jan./jul., 2006.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 64-84.

GEUS, A. P. Planejamento como aprendizado. In: STARKEY, K. **Como as organizações aprendem: relatos do sucesso das grandes empresas**. Zumble: Futura, 1997, p. 115-125.

GOMES et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

GOMES M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, mar./ago., 2005.

GUALDA; D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Pesquisando e aprendendo. In: CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o Programa de Saúde da Família: identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

GUISARDI, P. J.; FRACOLLI, L. A. Acolhimento e reorganização das práticas em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, spl. 1, p. 23, 2005.

HAREVEN, T. Historical changes in the family and the life course: implications for child development. **Monogr. Soc. Res. Child Develop.**, v. 50, p. 8-23, 1986.

HENRIQUES, R. M. S. Prefácio. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

HOSSMANN, H; LOURENÇO, D. M. A elevada demanda de pacientes versus qualidade na atenção primária à saúde. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 195.

JUNQUEIRA, L.; INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência. **Revista Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 20-31, 1992.

KAMIMURA, Q. P.; MOLINA, V. L. I. Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e médica complexidade no Litoral Norte Paulista, Taubaté/SP. 2004. 178 f. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade de Taubaté/UNITAU, Taubaté/SP, 2004.

LANA, F. C. F. GOMES, E. L. R. Reflexões sobre o planejamento em saúde o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, jan., 1996.

LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MALIK, A. M. et al. **Gestão de Recursos Humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).

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

MATUMOTO, S. et al. **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados**. Disponível em: <<http://www.scielo%20PSF\Interface%20-%20-20Comunicação,%20Saúde,%20Educação%20-...>> Acesso em: 7 maio 2006.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional e os métodos do VII Plano da Nação. In: RIVERA, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989, p. 107-149.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Ipea, 1993.

MAXIMIANO, A. C. A. **Administração de projetos: como transformar idéias em resultados**. São Paulo: Atlas, 2006.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 300p.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948, os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MEYER, C. A. Planejamento formal e seus resultados: um estudo de caso. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 2, n. 5, sem. 2, 1997.

MINAYO, M. C. S. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 19-51.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 71-103.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MISHIMA, S. M. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP. 1995. **Tese** (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun., 2005.

MONTEIRO, M. Consecuencias ideológicas de la definición de familia para la política social. **Int. J. Psychol**, v. 25, p. 107-110, 1991.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1995.

OLIVEIRA, C. A. S. **Planejamento e acompanhamento das políticas para as pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: Ministério da Justiça, 2001. 47p.

OLIVEIRA, F. E. B. **Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs**. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 1 fevereiro 2008.

OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, p. 198-201.

OLIVEIRA, M. R. C. T.; ITUASSU, C. T. Uma análise dos impactos do treinamento e desempenho de profissionais e gerentes. In: Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração, 2006. **Anais**, 2006.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, 1992.

PAIM, J. S. Educacion medica em la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ. méd. Salud**, v. 25, p. 58-57, 1991.

PAIM, J; S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p.464-468, 2006.

PENNA FIRME, T. **Avaliação em rede**. [S.l.], 2003. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>>. Acesso em: 4 junho 2004.

PEREIRA J. G.; FRACOLLI, L. A. Acolhimento e reorganização das práticas em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, spl. 1, São Paulo, p. 23, 2005.

PINDAMONHANGABA. **Município de Pindamonhangaba**. Disponível na Internet: <<http://www.pindamonhangaba.gov>>. Acesso em 30 abril 2007.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 65-112.

POLI, P; NORMAN, A. H. Acolhimento e (des)medicalização: reflexões sobre essa prática em um Centro de Saúde. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 246.

REGO, J. M.; MARQUES, R.M. (org's). **Economia Brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2002.

RIBEIRO et al. Acolhimento Virtual – melhor acessibilidade à estratégia de saúde da família. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 243.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set., 1996.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, P. M. Avaliando a qualidade em Atenção Primária em Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, v. 1, n. 4, p. 132-140, Rio de Janeiro, jan./mar., 2006.

RUSSO, R; F; S; M.; RUIZ, J. M.; CUNHA, R. P. Liderança e influência nas fases da gestão de projetos. **Produção**. v. 15, n. 3, São Paulo, set./ dez., 2005.

SALUM, M. J. S. **A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de remoção das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>. Acesso em: 12 setembro 2000.

SANTANA, J. P. (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, Brasília, 1997.

SANTANA, M. L. A utilização do SIAB como instrumento para melhor planejar o agendamento médico na USF Qualis/PSF Jardim Jaraguá – Zona Leste. In: V Encontro de Iniciação Científica e I mostra de Pós-Graduação, 2000, Taubaté. **Programa e Resumos** de 16 a 18/10/2000. p. 87.

SANTANA, M. L. Capacitação de agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família. In: II Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade, 2007, Campinas. **Programa Livro de Resumos** de 6 a 9/9/2007. p. 77.

SARACENO, C. The concept of family strategy and its application to the family – work complex: some theoretical and methodological problems. In: BON, K.; SGRITTA, D.; SUSSMAN, M. **Cross-cultural perspectives on families, works and change**. Binghamton: The Haworth Press Inc, 1990, p. 1-18.

SCHOLSE, et al. Planejamento Estratégico Situacional do controle da hanseníase no âmbito do PSF: experiência de balneário Camboriu-SC. **Rev. APS**, v. 9, n. 1, p.39-44, jan./jun. 2006.

SCHRAIBER, L. B. (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados: Índice Paulista de Responsabilidade Social**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 19 maio 2007.

SILVA et al. Programação para gestão por resultados na atenção básica – PROGRAB. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 167.

SILVA, G. T. R. et al. Humanização e trabalho: razão e sentido na perspectiva Biraghiana. In: CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o Programa de Saúde da Família: identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

SILVA, G. T. R.; VANZ, L. Missão, história e propósitos da Faculdade Santa Marcelina – Campus Itaquera. **FASM em Revista**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-10, 2001.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SILVA, R. M. V.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. O acolhimento no PSF: da proposta teórica para a operacionalização na prática. **Saúde e Sociedade**, v. 14, supl. 1, p. 245-246, 2005.

SOUZA, M. P. D.; RODRIGUES, C. R. F. Percepção, Desenvolvimento e Prática do acolhimento de profissionais inseridos no PSF. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 167-168.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 133-156.

TACREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TERRIS, M. Public Health Policy for the 1990s. **Ann. Rev. Publ. Health**, v. 11, p. 39-51, 1990.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

URIBE, F. J. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 1, Rio de Janeiro, 2001.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão, Ribeirão Preto/SP. 2005. 223 f. **Tese** (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, mar./abr., 2007.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 155-172.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VICTORINO, C. A. et al Descrição da demanda espontânea na UBS Milton Santos no ano de 2004. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 167-168.

WOLCOTT, H. Transforming **qualitative data: description, analysis, and interpretation**. Londres: Sage Publication, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZACION – **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, World Health Organization, 2000.

WRIGHT, P. L; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração estratégica: conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Exemplo de algumas perguntas a serem feitas para o gerente, na ocasião da entrevista.

1. Como é o acolhimento na sua unidade? Como você conduz um paciente em estado grave, numa situação de acolhimento? E um paciente em estado leve, numa situação de acolhimento?
2. Qual é a rotina de trabalho para quando uma pessoa chega à unidade procurando atendimento e não tem consulta agendada? E a rotina de trabalho para quando uma pessoa chega à unidade e já tem uma consulta médica ou com o enfermeiro agendada?
3. Existe um fluxo de atendimento sistematizado na sua unidade? Se sim, cada grupo de funcionários está interado sobre essa rotina? Se não, por quê não? Como você acha que os funcionários da recepção, os auxiliares de enfermagem, os ACSs, os enfermeiros e os médicos conduzem um caso leve de acolhimento? E os funcionários da recepção, os auxiliares de enfermagem, os ACSs, os enfermeiros e os médicos conduzem um caso grave de acolhimento?
4. Quando o caso, independente da gravidade, é bem resolvido pela equipe, quais os fatores que você acha que podem ter auxiliado? E quando este caso não é totalmente resolvido, ou tem um desfecho que a equipe considera ruim, quais os fatores que você acha que podem ter prejudicado? E quando o caso, independente da gravidade, não é totalmente resolvido, ou tem um desfecho

que o usuário considera ruim, quais os fatores que você acha que podem ter prejudicado?

5. Dentre esses fatores que você respondeu, qual a importância do estabelecimento de comunicação eficiente entre você e a equipe, as reuniões de equipe e os momentos de educação continuada? Por que?
6. Existe na sua unidade a rotina de periodicamente promover ações de educação continuada aos funcionários? Como você planeja os serviços de saúde prestados em sua unidade? Se a resposta for negativa, questionar por que não julga o planejamento algo importante. Você utiliza algum método para fazer esse planejamento? E o SIAB? Com que tipo de pessoas você pode contar na elaboração de um planejamento de atividades para a sua unidade?
7. Como você faz para implantar um projeto em sua unidade, como algo que ainda não há e que você julga importante ter? Você conta com a colaboração de algum grupo de funcionários, ou com a população, alguma entidade para implantar um projeto novo?
8. Quais os problemas que sua unidade enfrenta atualmente? Como você explica esses problemas? Como você decide quais deles são prioritários a serem resolvidos?
9. E no que trata o acolhimento, a demanda espontânea em sua unidade, como você se sente em relação a ela? Você considera a demanda espontânea um problema a ser resolvido na sua unidade? Por que? O que você imagina que seus funcionários e os usuários pensam a respeito do acolhimento? Alguma vez você destinou um momento com todos eles para tentar entender e resolver essa questão? Se sim, você, consegue identificar algum modo de

resolver a questão da demanda espontânea? Se sim, que ações você julgou importantes de serem tomadas a curto, médio e a longo prazo?

10. Dentro desse cenário, você considera viável tais mudanças, ou seja, quais as chances delas se concretizarem no tempo que você destinou a elas? Que fatores podem te ajudar ou atrapalhar no sucesso da implantação dessas ações? Você já começou a executar alguma ação para resolver a questão da demanda espontânea na sua unidade? Se sim, como você percebe o envolvimento e a reação das outras pessoas (funcionários e usuários)?

11. Já conseguiu perceber alguma mudança na rotina ou ainda é cedo?

**APÊNDICE 2 – Exemplo de algumas perguntas a serem feitas para o técnico,
na ocasião da entrevista.**

1. Como é o acolhimento na sua unidade? Como você conduz um paciente em estado grave, numa situação de acolhimento? E um paciente em estado leve, numa situação de acolhimento?
2. Qual é a rotina de trabalho para quando uma pessoa chega à unidade procurando atendimento e não tem consulta agendada? E quando uma pessoa chega à unidade e já tem uma consulta médica ou com o enfermeiro agendada?
3. Existe um fluxo de atendimento sistematizado na sua unidade? Se sim, você se sente interado sobre essa rotina? Se não, por quê não? Como você acha que os funcionários da recepção, os auxiliares de enfermagem, os ACSs, os enfermeiros e os médicos conduzem um caso leve de acolhimento? E quando se trata de um caso grave de acolhimento como os funcionários da recepção, os auxiliares de enfermagem, os ACSs, os enfermeiros e os médicos conduzem o caso ?
4. Quando o caso, independente da gravidade, é bem resolvido pela equipe, quais os fatores que você acha que podem ter auxiliado? E quando o caso, independente da gravidade, não é totalmente resolvido, ou tem um desfecho que a equipe considera ruim, quais os fatores que você acha que podem ter prejudicado? E quando o caso, independente da gravidade, não é totalmente resolvido, ou tem um desfecho que o usuário considera ruim, quais os fatores que você acha que podem ter prejudicado?

5. Dentre esses fatores que você respondeu, qual a importância do estabelecimento de comunicação eficiente entre você e a equipe, as reuniões de equipe e os momentos de educação continuada? Por que?
6. Existe na sua unidade a rotina de periodicamente promover ações de educação continuada aos funcionários? O que você acha do SIAB? No que ele te ajuda ou atrapalha nas ações de saúde que você planeja ou executa?
7. Como você faz para colocar uma idéia sua na prática, como algo que ainda não há e que você julga importante ter? Com quem você pode contar para a implantação desse projeto novo?
8. Quais os problemas que sua unidade enfrenta atualmente? Como você explica esses problemas? Como você decide quais deles são prioritários a serem resolvidos? E no que trata o acolhimento, a demanda espontânea em sua unidade, como você se sente em relação a ela? Você considera a demanda espontânea um problema a ser resolvido na sua unidade? Por que? O que você imagina que seus funcionários e os usuários pensam a respeito do acolhimento?
9. Alguma vez você destinou um momento com todos eles para tentar entender e resolver essa questão? Se sim, você, consegue identificar algum modo de resolver a questão da demanda espontânea? Se sim, que ações você julgou importantes de serem tomadas a curto, médio e a longo prazo?
10. Dentro desse cenário, você considera viável tais mudanças, ou seja, quais as chances delas se concretizarem no tempo que você destinou a elas? Que fatores podem te ajudar ou atrapalhar no sucesso da implantação dessas ações?

11. Você já começou a executar alguma ação para resolver a questão da demanda espontânea na sua unidade? Se sim, como você percebe o envolvimento e a reação das outras pessoas (funcionários e usuários)? Já conseguiu perceber alguma mudança na rotina ou ainda é cedo?

**APÊNDICE 3 – Exemplo de algumas perguntas a serem feitas para o usuário,
na ocasião da entrevista.**

1. Quando você chega à unidade e tem consulta marcada com o médico ou com o enfermeiro o que você faz? E quando você não tem consulta marcada, o que você faz?
2. Como você faz para marcar uma consulta?
3. Quando você tem algum problema de saúde que você acha que é grave o que você faz? E quando é um caso que você acha que dá para esperar? Por quanto tempo você espera? Quando você decide que é o momento de ir à unidade? Você percebe que existe uma forma de atendimento semelhante a toda vez que você vem à unidade ou cada vez que você vem é diferente? Se a forma de atendimento entre os profissionais é igual (ou diferente), ao que você atribui essa semelhança ou diferença?
4. Você percebe que todos os profissionais “falam a mesma língua”, ou seja, todos te dão informações semelhantes, independente de qual profissional você procure? Se sim (ou não), o que você acha que acontece para que as informações sejam assim?
5. Você percebe diferença na técnica do atendimento, seja na recepção, num procedimento executado, na coleta de um exame ou numa consulta realizada tanto por enfermeiro ou por médico? A que você acha que se deve essa diferença entre os profissionais?
6. Quando você tem uma idéia nova que gostaria que fosse implantada no posto, como você faz?

7. Você percebe quando alguém do posto está tentando modificar algo ou implantar uma idéia nova? Como você acha que isso é feito? Quais os problemas que sua unidade enfrenta atualmente? Como você explica esses problemas?
8. Quais os problemas que você acha que precisam ser resolvidos primeiro?
9. E quando você chega à unidade e não tem uma consulta agendada, como você se sente em relação a isso? Você considera o fato de você não ter consulta agendada e precisar do atendimento na unidade um problema a ser resolvido na sua unidade? Por que?
10. Alguma vez você teve a oportunidade de conversar com o gerente e os funcionários da unidade para tentar entender e resolver essa questão? Se sim, você, consegue identificar algum modo de resolver essa questão?
11. Dentro desse cenário, você acredita que essas mudanças estão acontecendo ou irão acontecer? Por que? Que fatores podem te ajudar ou atrapalhar no sucesso da implantação dessas ações?
12. Já conseguiu perceber alguma mudança na rotina da unidade no que se refere ao fato de você precisar de algum serviço da unidade e não estar agendado para ela?

ANEXOS

ANEXO A – Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006-b).

A Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

RESOLVE:

Art. 1. Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

ANEXO - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I - Da Atenção Básica

1. DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da 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 forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III- desenvolver relações de vínculo e a responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantido a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI- estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

3. DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I- definição do território de atuação das UBS;
- II- programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

- III- desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V- assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII- realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII- participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX- desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X- apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

CAPÍTULO II - Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1. PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

- I- ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II- atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III- desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV- buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V- ser um espaço de construção de cidadania.

3. DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

- I- existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.
- II- número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

ANEXO B – Indicadores de Saúde de 2003 formulados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (BRASIL, 2004, p.45-46).

1. Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil (1994/2003);
2. Evolução do número de Equipes de Saúde da Família no Brasil (1994/2003);
3. Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal no Brasil (2001/2003);
4. Prevalência de baixo peso ao nascer nas áreas cobertas pelo PACS/PSF (Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família) no Brasil;
5. Prevalência da desnutrição protéico-calórica em crianças menores de 1 ano nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
6. Prevalência de diarreia em menores de 2 anos nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
7. Prevalência de IRA (Infecção Respiratória Aguda) em menores de 2 anos nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
8. Taxa de mortalidade infantil global, por diarreia, por IRA e por outras causas nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
9. Mortalidade infantil proporcional por diarreia, por IRA e outras causas nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
10. Mortalidade infantil proporcional neonatal e pós-neonatal nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
11. Mortalidade proporcional de adolescentes (10 a 19 anos) por violência nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;

12. Mortalidade proporcional de mulheres (10 a 49 anos) nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
13. Proporção de crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram terapia de hidratação/reidratação oral nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
14. Proporção de nascidos vivos pesados ao nascer nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
15. Proporção de crianças menores de 1 ano pesadas pelos ACS nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
16. Proporção de crianças de 12 a 23 meses pesadas pelos ACS nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
17. Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
18. Proporção de crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
19. Proporção de gestantes com consulta pré-natal no mês nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
20. Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
21. Proporção de gestantes com vacina em dia nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
22. Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
23. Proporção de portadores de diabetes mellitus acompanhados nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;

24. Proporção de portadores de tuberculose acompanhados nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
25. Proporção de portadores de hanseníase nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
26. Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por pneumonia nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
27. Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por desidratação nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
28. Proporção de hospitalizações por complicações de diabetes mellitus nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
29. Proporção de hospitalizações por abuso de álcool nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;
30. Proporção de hospitalizações por outras causas nas áreas cobertas pelo PACS/PSF no Brasil;

ANEXO C: Indicadores selecionados pelo Cadastro das Famílias do SIAB e pelos relatórios de Assistência à Saúde, conforme Bourget (2005-a, p. 49).

1. Número de equipes instaladas na unidade de saúde;
2. Número de famílias cadastradas;
3. Número de habitantes cadastrados por equipe de saúde;
4. Número de crianças de 7 a 14 anos fora da escola;
5. Proporção de população com 15 ou mais anos analfabeta;
6. Proporção de população com sistema de coleta de lixo;
7. Proporção de população com acesso à rede de água tratada;
8. Proporção de população com acesso à rede de esgotos
9. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer
10. Proporção de crianças menores de 1 ano desnutridas;
11. Proporção de crianças menores de 4 meses em aleitamento exclusivo;
12. Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano;
13. Cobertura vacinal em crianças de 1 a 2 anos;
14. Coeficiente de mortalidade infantil;
15. Proporção de gestantes cobertas com pré-natal;
16. Proporção de gestantes menores de 20 anos;
17. Proporção de gestantes que iniciam pré-natal no 1º. Trimestre;
18. Proporção de gestantes acompanhadas;
19. Proporção de pessoas com hipertensão arterial na população cadastrada;
20. Proporção de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas;
21. Proporção de pessoas com diabetes na população cadastrada;
22. Proporção de pessoas com diabetes acompanhadas;

23. Incidência de tuberculose na população cadastrada;
24. Proporção de pessoas com tuberculose acompanhadas;
25. Prevalência da hanseníase na população cadastrada;
26. Proporção de pessoas com hanseníase acompanhadas;
27. Número de visitas dos ACSs no mês;
28. Proporção de famílias cadastradas acompanhadas pelos ACSs;
29. Concentração de consultas a crianças menores de 1 ano/ano;
30. Concentração de consultas por gestação;
31. Proporção de cadastrados encaminhados para ambulatório de especialidades;
32. Proporção de cadastrados encaminhados para internação hospitalar;
33. Número de atividades educativas;
34. Problemas relacionados a recursos humanos;
35. Problemas relacionados a outros materiais de consumo;
36. Problemas relacionados a espaço físico e equipamentos;
37. Problemas relacionados aos Sistemas de Informação.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Senhor (a)

Eu, Milena Lopes Santana, enfermeira, portador do RG 22.044.346-4 SSP-SP e do CPF 171.342.178-09, residente na Rua Professor Mário Bulcão Giudice, 39, Centro do Município de Pindamonhangaba, Estado de São Paulo, CEP 12.400-170, e-mail milenaeluiza@ig.com.br, orientado pela Profa. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é “Demanda espontânea e Planejamento Estratégico Situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba”.

O objetivo deste estudo é Avaliar as respostas dos atores que envolvem a USF quanto à demanda espontânea, no intuito de identificar a existência ou não do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde, enquanto uma estratégia gerencial.

O entrevistado tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e sobre o andamento do trabalho. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Taubaté – UNITAU, situada na Rua Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.020-040, em Taubaté/SP, **PROTOCOLO no. 0173/07**, telefone para contato (12) 3625-4151, e-mail secpos@prppg.unitau e comunique-se com o Coordenador Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira. Informo que será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar do estudo. Também não haverá custo nem pagamento pela colaboração.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Demanda espontânea e Planejamento Estratégico Situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba” e concordo em participar sabendo quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, e que a minha participação não implicará em nenhuma despesa financeira. Concordo em participar voluntariamente deste e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Nome do entrevistado	
RG	
Endereço	
Telefone	

Pindamonhangaba, SP, de de 2007.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador