

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZACAO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Município de
Pequeno Porte no Interior Paulista**

Fábio Nardelli Soares

Uberaba - MINAS GERAIS

2011

Fábio Nardelli Soares

**Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Município de
Pequeno Porte no Interior Paulista**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Stela Maris Aguiar Lemos

**Uberaba - MINAS GERAIS
2011**

Fábio Nardelli Soares

Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte no Interior Paulista

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Stela Maris Aguiar Lemos

Banca examinadora

- 1 - Prof^a Stela Maris Aguiar Lemos (Orientadora)
- 2 - Prof^a Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo horizonte, 26 / 12 / 2011

**Uberaba - MINAS GERAIS
2011**

RESUMO

Desde 1988 a Constituição Federal garante aos brasileiros o direito à saúde. O modelo da Estratégia de Saúde da Família foi implantado a partir de 1994 de forma voluntária pelos municípios, mediante incentivos do Governo Federal, com o intuito de reestruturar a Atenção Básica no país, quebrando o modelo médico centrado predominante. O processo de implantação foi heterogêneo, com diferentes dificuldades em cada realidade do país. O conhecimento das experiências do novo modelo assistencial é importante para subsidiar o planejamento da implantação da ESF. O objetivo do trabalho é descrever a experiência do município de Altinópolis na substituição do modelo tradicional pela Estratégia de Saúde da Família. A metodologia utilizada foi o relato da experiência do autor, acrescentada de dados obtidos por observação ativa e estimativa rápida. Este trabalho relata a experiência do município paulista de Altinópolis na implantação da ESF em todo seu território, vivenciada pelo autor. Descreve-se o contexto no qual o novo modelo foi introduzido e os obstáculos encontrados na reorganização do modelo assistencial.

Descritores: Modelo assistencial. Saúde da família. Implantação. Dificuldades. Planejamento.

ABSTRACT

Since 1988, Brazilian people have public health assistance as a right granted by law. Family Health Strategy (ESF) was taken by municipalities since 1994, through Federal Government incentives, aiming to reset Primary Care in the country, breaking the traditional prevailing medical-centered model. Settlement process was different in each single town, with different difficulties. Knowledge about experiences in this new health assistance model is important to direct planning process on ESF settlement. This text aims to describe the experience of Altinópolis, a sixteen-thousand people town in São Paulo state, in changing traditional assistance model to ESF. Methodology used is experience report, enhanced with data collected by active watching and quick evaluation. This work reports ESF setting on Altinópolis whole territory, experienced by the author. It describes the context in which ESF was set and the difficulties found setting it.

Keywords: Assistance model. Family health. Settlement. Difficulties. Planning.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	7
2 - JUSTIFICATIVA.....	10
3 - OBJETIVOS	13
4 - METODOLOGIA.....	14
5 - RELATO DE EXPERIÊNCIA	15
6 - DISCUSSÃO	23
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27
ANEXO.....	30

1 - INTRODUÇÃO

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal Brasileira, a saúde passou a ser uma garantia do Estado a todos os seus cidadãos (BRASIL, 1988). O que antes era um privilégio restrito aos trabalhadores formais ou àqueles que tinham condições de custear atendimento particular passou a ser direito universal, sem qualquer tipo de restrição. Sem qualquer dúvida uma conquista sem precedentes na história da nação.

Dois anos mais tarde, as bases dessa garantia começavam a ser lançadas. Até então, cada serviço público de saúde trabalhava predominantemente de forma isolada dos outros serviços. A Lei 8080 (BRASIL, 1990), estabeleceu os princípios que norteariam a organização dos serviços públicos de saúde de todas as esferas governamentais em um sistema integrado de assistência sanitária, visando efetivar a garantia constitucional de oferecer saúde aos brasileiros. Estava criado o SUS - Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde trouxe aos brasileiros a oportunidade de contar com uma assistência em saúde organizada segundo alguns conceitos até então não praticados de forma sistemática. A universalidade garantiu o acesso à saúde de forma indiscriminada a todos os cidadãos brasileiros. A equidade tornou possível a distribuição de recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade de cada indivíduo e cada comunidade. A integralidade fez com que todas as necessidades em saúde de cada indivíduo pudessem ser contempladas, considerando-se aqui o conceito ampliado de saúde (CONASS, 2011).

Além disso, a hierarquização dos serviços públicos de saúde, criando a sistemática de referência e contra-referência, tornou mais racional a disponibilização de recursos, fazendo com que os problemas mais simples pudessem ser resolvidos em serviços de menor complexidade, reservando serviços de maior complexidade para a resolução de problemas maiores.

O Sistema Único de Saúde também prevê a descentralização político-administrativa e a participação popular, preconizando que as decisões em relação ao modelo assistencial sejam tomadas o mais próximo possível da comunidade assistida e com participação ativa desta última no processo deliberativo (BRASIL, 1990).

No entanto, a Lei 8080/1990 não foi capaz, por si só, de modificar o modelo assistencial tradicional. Desde os primórdios da assistência sanitária no país, seja no âmbito público ou privado, a atenção dos profissionais de saúde esteve centrada na doença e nos aspectos biológicos do ser humano. O paciente, ao sentir-se doente, deveria espontaneamente procurar o serviço de saúde ou o médico em seu consultório particular, onde recebia um diagnóstico, algumas prescrições e poucas orientações, voltando logo após para seu ambiente. Esse modelo assistencial centrado na doença mostrou-se insuficiente e inadequado no tratamento de doentes crônicos, cujo sucesso no controle e/ou cura de seus problemas envolve muito mais do que o uso correto de medicamentos.

Além disso, o modelo assistencial tradicional tem eficácia muito limitada na promoção, prevenção e educação em saúde, ao esperar que o indivíduo adoça e procure ajuda espontaneamente. Perde-se assim a oportunidade de intervir positivamente na saúde das pessoas no tempo mais oportuno, qual seja antes do adoecimento ou em suas fases mais precoces. Por fim, a assistência sanitária tradicional reduz o indivíduo ao seu aspecto biológico, considerando muito pouco ou mesmo ignorando suas variáveis sociais, psicológicas, espirituais e familiares (CONASS, 2011).

Em 1991 o Ministério da Saúde oficializou o primeiro passo no sentido de modificar o modelo assistencial no país, criando o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (FARIA et al., 2010). Este programa instituía a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como uma espécie de vínculo entre os serviços de atenção básica em saúde e a comunidade de sua responsabilidade. O serviço de saúde começava então a conhecer seus usuários no ambiente em que os mesmos viviam, além de procurá-los no tempo oportuno, antes do adoecimento, criando oportunidades para intervenções precoces.

O PACS teve efeitos positivos na melhoria de alguns indicadores de saúde nas comunidades pobres onde foi implantado, tais como aumento na cobertura de pré-natal e diminuição da desnutrição infantil. Essa experiência bem sucedida, ocorrida em alguns municípios da região Nordeste, contribuiria, futuramente, para a emergência do Programa de Saúde da Família – PSF (CONILL, 2008). Contribuiu também para a criação do PSF a conjuntura favorável da época para a discussão sobre novos modelos de organização dos serviços de saúde (SOUSA, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Governo Federal em 1994, preconizando a substituição gradual e voluntária do modelo tradicional por equipes compostas por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

de (ACS). Cada equipe seria responsável por uma população bem definida, em um território bem definido, os quais passariam a ser responsabilidade da equipe.

A equipe do PSF deve conhecer sua população e seu território em todos os seus aspectos, biológicos ou não. O vínculo que cria com sua comunidade, por meio do ACS, é fundamental nas ações preventivas e na busca ativa pelo usuário doente ou em risco de adoecer. Trata-se, portanto, da mudança da atenção centrada na doença para a atenção centrada no indivíduo como parte de uma família, que por sua vez é parte de uma comunidade.

A Portaria MS/GM 648 de 28 de março de 2006, que definiu a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família como modelo preferencial e eixo estruturante para a reorganização da assistência primária em saúde no país (BRASIL, 2006).

Após cerca de dezesseis anos da criação do Programa de Saúde da Família, mais de noventa milhões de brasileiros distribuídos em 5275 municípios estavam abrangidos pela Estratégia de Saúde da Família, representando uma cobertura de cerca de 95% do território nacional (BRASIL, 2010).

2 - JUSTIFICATIVA

A implantação das equipes de PSF pelos municípios, seguindo o princípio da descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, foi estimulada pelo Ministério da Saúde, através de incentivos financeiros. Isso criou distorções no processo, pois muitos municípios reorganizavam suas equipes tradicionais com o intuito de fazer jus à verba, sem, no entanto modificar o processo de trabalho de seus profissionais, que permaneceram executando um modelo centrado na doença (FARIA et al., 2010).

Dentre os obstáculos encontrados para a efetiva implantação do PSF, está a dificuldade da substituição do modelo tradicional. Há situações em que a maioria das ações do programa ainda segue o modelo tradicional de assistência, com enfoque curativo individual (GOMES et al., 2009).

Além disso, há municípios onde o modelo tradicional coexiste com as equipes de PSF, muitas vezes compartilhando do mesmo espaço físico, população e território, contrariando uma das diretrizes o programa, que prega o caráter substitutivo da Saúde da Família em relação ao modelo tradicional (CANESQUI, 2008).

Alguns outros fatores interferem negativamente no processo de implantação da ESF. Muitas vezes a implantação é feita de forma impositiva, sem levar em conta a opinião dos profissionais que já fazem parte do sistema de saúde, além de transformar-se em uma agenda atropelada, para satisfazer interesses político-partidários (TRAVERSO-YEPEZ, 2007). Também predomina uma clara preferência pela medicina especializada entre agentes políticos, tanto por um entendimento precário sobre a lógica da ESF quanto pela percepção fragmentada da saúde e do indivíduo (CANESQUI, 2008). Essa percepção é compartilhada pelos usuários do sistema, os quais, provavelmente respondendo aos estímulos da oferta tradicional dos serviços de saúde e à opinião dos próprios profissionais de saúde tradicionais, também possuem um enfoque biologicista fragmentado do processo saúde-doença (ROSA, 2011).

Essa preferência pela medicina especializada e fragmentada pode ser explicada, em parte, pelo fato de que a ESF ainda não logrou êxito em comprovar sua superioridade em relação ao modelo tradicional. Admite-se que a ESF tenha maior efetividade nas ações coletivas de promoção e educação em saúde, mas o êxito com o cuidado médico individual não tem demonstrado sua superioridade (CRUZ, 2005).

O acesso do usuário ao atendimento na ESF permanece como um nó crítico do modelo, comprometendo a integralidade da assistência (CONILL, 2008). A espera por atendimento médico pode demorar meses em alguns casos. Demonstrou-se que apesar da opinião geral dos usuários do sistema público de saúde ser mais favorável à ESF, em detrimento ao modelo tradicional, o acesso permanece como a dimensão pior avaliada pela população, principalmente por seus horários limitados e rígidos (ELIAS et al., 2006).

A satisfação do usuário também é negativamente afetada pelo enfoque curativo e fragmentado. A sensação de resolutividade da atenção básica para os usuários muitas vezes consiste no sucesso em obter um encaminhamento para médico especialista, idéia reforçada pelo caráter biomédico fragmentado que faz parte do imaginário popular (ROSA, 2011).

Por fim, inúmeras diferenças entre as regiões do país, os estados, municípios, seus bairros e suas pessoas, além da heterogeneidade na capacidade previamente instalada de assistência à saúde, material e profissional, não foram contempladas no processo de implantação das equipes de PSF. Essas peculiaridades entre os municípios fizeram com que o sucesso da implantação do PSF fosse diferente em cada território (FARIA et al., 2010).

Compreender fatores associados ao sucesso na implantação de políticas públicas é importante para eventuais correções no processo (HENRIQUE; CALVO, 2009). O conhecimento do processo de implantação do PSF como novo modelo assistencial em cada singular realidade do país é fundamental na elaboração de estratégias para melhorar as chances de sucesso na implantação de novas equipes. As informações obtidas de outras experiências podem também servir de orientação para a reorganização das equipes já implantadas e que ainda não obtiveram o sucesso esperado.

Nesse contexto, apresentamos a seguir a experiência do município de Altinópolis, no estado de São Paulo, no processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo o seu território.

A presença do autor no sistema de saúde do município de Altinópolis dá-se desde 2004, passando pelo processo de mudança do modelo assistencial que ocorreu em 2009, até os dias de hoje. Sua participação ocorre de várias formas, tanto na parte assistencial direta à população, quanto na área de gestão, tendo participado de múltiplas etapas do planejamento e da execução da transformação do modelo assistencial.

No plano assistencial, houve participação como médico de família substituto em cinco das seis equipes existentes, além do trabalho como médico plantonista e ginecologista obstetra junto ao hospital local. Na área gestora, houve atuação durante dois anos (2009 e 2010) como diretor técnico do hospital, sendo que atualmente atua na Secretaria Municipal de Saúde, como secretário adjunto. Essa participação permitiu que todo o processo fosse observado de vários ângulos diferentes, com seus pontos de vista muitas vezes conflitantes.

Esperamos que nossa experiência contribua para a reflexão de profissionais e gestores em saúde quando do planejamento e execução de ações em saúde, especialmente aquelas que visam transformar os modelos assistenciais vigentes.

3 - OBJETIVOS

3.1 Geral

Relatar a substituição do modelo assistencial tradicional pela Estratégia de Saúde da Família, como um novo modelo de assistência à saúde, no município de Altinópolis.

3.2 Específicos

- Descrever o modelo assistencial vigente e os serviços de saúde disponíveis no município antes da implantação da ESF;
- Descrever o processo de planejamento e os passos percorridos para a mudança do modelo tradicional para a ESF;
- Descrever o comportamento da comunidade em resposta à nova configuração da assistência sanitária no município;
- Analisar a opinião e a interação dos profissionais de saúde que atuavam antes da implantação do novo modelo com a ESF.

4 - METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de relato de experiência baseado na vivência do autor, adicionado de dados coletados por meio de observação ativa e estimativa rápida, durante todo o processo de mudança do modelo assistencial.

Descreveremos brevemente os aspectos sociodemográficos e alguns indicadores de saúde do município objeto do estudo, através da consulta das bases de dados existentes, além de um breve histórico a respeito do modelo assistencial adotado nos quatro anos precedentes à implantação da ESF. Serão contemplados os serviços de saúde disponíveis até então e a integração que existia entre os mesmos.

Posteriormente, abordaremos o processo de mudança do modelo assistencial no município de Altinópolis, citando o planejamento da implantação da ESF e os passos efetivamente percorridos para a mudança do modelo tradicional. Alguns aspectos referente ao comportamento da demanda por atendimento médico também serão descritos e analisados. Estas informações foram colhidas por meio da vivência do autor durante o processo, através de observação ativa das variáveis subjetivas e estimativa rápida das variáveis numéricas.

Por fim, por meio de dados obtidos por observação ativa, citaremos algumas opiniões dos profissionais de saúde que atuavam no modelo tradicional a respeito da Estratégia de Saúde da Família.

5 - RELATO DE EXPERIÊNCIA

5.1 O Contexto do Município de Altinópolis

O município de Altinópolis situa-se na porção nordeste do interior paulista, ocupando uma área de aproximadamente 930 quilômetros quadrados, onde viviam 15.607 pessoas no ano de 2010, dos quais 13.636 (87,3%) na zona urbana do município (IBGE, 2010). Entre os anos de 2000 e 2010, a taxa de crescimento anual da população de Altinópolis foi de 0,09% (SEADE, 2011).

O índice de envelhecimento da população está em 70,15%, sendo que 14,6% da população residente no município tem 60 anos de idade ou mais. O analfabetismo atinge 8,98% da população com idade de 15 anos ou mais e a renda média *per capita* no ano 2000 foi de 2,59 salários mínimos. O Índice de Desenvolvimento Humano atribuído ao município (IDH) é de 0,82 (SEADE, 2011).

Em 2010, a taxa de natalidade foi de 12,24 nascimentos por mil habitantes, com índice de mortalidade infantil de 5,24 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2009, 91,5% dos nascimentos foram de mães que realizaram sete ou mais consultas pré-natais. (SEADE, 2011).

5.2 O Modelo Anterior

Em dezembro de 2008, Altinópolis contava com uma estrutura física de serviços de saúde composta por cinco unidades básicas de saúde, um hospital e maternidade com 30 leitos, a farmácia municipal, um centro de fisioterapia e um centro odontológico.

Em cada unidade básica de saúde existia uma equipe de saúde da família cadastrada. Apesar da existência formal da equipe, não havia efetivamente o desempenho das funções dos seus membros, limitando-se o atendimento ao modelo tradicional centrado na doença e na resolução de problemas agudos.

O hospital local fazia o serviço de pronto-atendimento, além de oferecer ambulatórios de especialidades médicas, centralizar o atendimento em saúde da mulher do município, inclusive partos, e realizar internações clínicas em pacientes de média complexi-

dade (nível secundário de atenção). Os centros odontológico e de fisioterapia trabalhavam independentemente fazendo seus atendimentos específicos.

O atendimento nas unidades básicas era médico-centrado. No entanto, a carência do profissional médico no mercado de trabalho implicava na dificuldade da administração municipal de manter regularidade no atendimento. Assim, as unidades de saúde funcionavam de fato somente alguns períodos, quando havia médico. Na ausência do médico, não havia outro tipo de atendimento, o que demonstra o grau de dependência que o modelo assistencial vigente na época tinha em relação à figura do médico.

Os usuários podiam acessar todos os serviços de forma livre, a exceção das internações hospitalares. Não havia necessidade de referência para acesso ao nível secundário de atenção, tampouco os especialistas contra-referenciavam os usuários após a avaliação, pois não havia garantia de continuidade do atendimento na atenção básica, dada a irregularidade do atendimento.

Em suma, apesar de o município contar com uma estrutura física em saúde adequada para seu porte populacional, problemas organizacionais impediam o cumprimento de diretrizes do Sistema Único de Saúde como integralidade, hierarquização e continuidade do cuidado.

5.3 O Desejo de Mudança

Com a intenção de transpor essas dificuldades e melhorar o atendimento à população, a partir de 2009, o executivo municipal optou por implantar efetivamente a Estratégia de Saúde da Família em todo o território do município de Altinópolis, incluindo a zona rural. A implantação foi feita por etapas que envolveram as unidades de saúde pertencentes à prefeitura e o hospital local, entidade filantrópica com personalidade jurídica própria, porém mantida quase que exclusivamente por verbas repassadas pelo município. As etapas do processo serão descritas a seguir.

Em janeiro de 2009, o atendimento em todas as unidades básicas de saúde do município foi suspenso, sendo que todos os pacientes foram redirecionados para o pronto-atendimento do hospital. Essa centralização gerou sobrecarga do serviço, além de insatisfação de usuários que, antes atendidos perto de suas casas, precisavam deslocar-se até o hospital para conseguir atendimento. A decisão pelo recesso das UBS foi tomada direta-

mente pelo prefeito municipal e posteriormente comunicada ao Conselho Municipal de Saúde.

A centralização do atendimento no hospital perduraria por quatro meses, período no qual foi realizada a contratação de médicos especializados em saúde da família. Esses médicos de família foram incumbidos da missão de reorganizar o modelo de atenção no município de Altinópolis, tomando a Estratégia de Saúde da Família como norteadora desse modelo.

5.4 A Proposta de um Novo Modelo Assistencial

A partir do estudo do perfil populacional do município, levando-se em conta número de habitantes, índice de envelhecimento, condição sócio-econômica, cobertura por planos de saúde e distribuição geográfica do município, foi feita nova territorialização. Os cinco territórios então existentes foram completamente redivididos em novos seis territórios, incluindo a zona rural como um território a parte. A nova distribuição dos territórios entre as seis equipes foi determinada pelo prefeito municipal, após exposição pelos médicos das vantagens e desvantagens de quatro opções diferentes de reterritorialização, incluindo a opção de manter os territórios originais. O Conselho Municipal de Saúde foi comunicado posteriormente.

Feita a nova territorialização, os quatro médicos de família recém contratados foram distribuídos para quatro equipes, sendo que a uma quinta equipe foi atribuído um clínico geral já pertencente ao quadro do hospital, em caráter precário. A equipe da zona rural permaneceria sem médico pelos próximos dois anos. Em cada equipe iniciou-se o processo de capacitação dos membros e programação das atividades, sempre com participação direta do prefeito municipal nas decisões.

Com o intuito de favorecer a integração entre a atenção básica, agora reorganizada no modelo da Estratégia de Saúde da Família, e os serviços oferecidos pelo hospital, foram realizadas algumas reuniões com os médicos pertencentes ao corpo clínico do nosocômio local. Tais reuniões também visavam a troca de experiências entre os médicos antigos do município, que teoricamente poderiam fornecer informações importantes a respeito do perfil sanitário da população, e os médicos de família, que traziam consigo a proposta de melhorar as condições de vida da população através da implantação da medicina

de família. Apesar dos esforços em coordenar os horários dos médicos, a participação do corpo clínico do hospital ficou abaixo das expectativas, com cerca de 70% de abstenção.

5.5 A Implantação da Estratégia de Saúde da Família

A partir de abril de 2009, o atendimento médico foi reestabelecido nas cinco unidades básicas de saúde, que então passariam a funcionar como unidades de saúde da família (USF). Nas primeiras seis semanas, o atendimento foi aberto à demanda espontânea, sem necessidade de agendamento, com o intuito de favorecer o acesso da população ao novo modelo assistencial. O sistema de agendamento de consultas médicas programadas foi implantado gradualmente, substituindo as consultas de demanda espontânea.

A média mensal de consultas médicas de urgência realizadas no hospital nos cinco primeiros meses de 2009 ficou próxima aos quatro mil atendimentos. Nos meses de junho e julho de 2009, foram realizadas respectivamente 3127 e 2903 consultas médicas de urgência no hospital. Essa redução não pode ser explicada por fatores sazonais, de acordo com o verificado nos anos anteriores.

Nos primeiros seis meses de funcionamento das USF, os integrantes das equipes (exceção feita aos médicos de família) encontravam-se com contratos de trabalho precários, por meio de convênio entre prefeitura e hospital, fato que aumentava ainda mais a falta de motivação para a construção do novo modelo. Somente a partir de outubro de 2009, com a efetivação via concurso público de todos os integrantes da equipe, é que foi possível iniciar efetivamente o trabalho em equipe.

Toda população foi submetida a cadastramento pelos novos Agentes Comunitários de Saúde, os quais passaram a ser, por força do edital do concurso público e da Lei Federal 11350/2006 (BRASIL, 2006), sempre residentes na área de abrangência da equipe da qual fazem parte. As visitas domiciliares rotineiras foram retomadas, com periodicidade no mínimo mensal.

Além das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos também passaram a realizar visitas domiciliares quando necessário.

Com o atendimento reestabelecido nas unidades de saúde da família, passou-se a organizar o fluxo e a demanda pelo nível secundário, através da implantação do requisito de guia de referência para acesso aos médicos especialistas. Essa medida trouxe redução imediata da fila de espera por consultas médicas em ambulatórios de especialidades, de até três meses para cerca de quinze dias. Apesar de estimulada, a contra-referência não se tornou prática rotineira entre os médicos especialistas, tampouco entre os plantonistas do pronto-atendimento.

Com o passar dos meses, as atribuições do pronto atendimento do hospital forma gradativamente restringidas. Receitas de uso contínuo, pedidos de exames de rotina, encaminhamentos eletivos para especialidades e consultas de seguimento foram deixando de ser realizadas pelos plantonistas. A implantação do acolhimento na porta do pronto atendimento, realizado por enfermeiras que faziam a classificação de risco de cada paciente, possibilitou o redirecionamento das demandas não urgentes para as unidades de saúde da família, facilitado através de contato telefônico com a equipe responsável pelo paciente.

Esse fato coincidiu com o aumento da demanda por atendimento nas USF, gerando aumento no tempo de espera para agendamento, que em algumas unidades chegava aos três meses.

5.6 A Efetivação do Novo Modelo Assistencial

Neste momento em que o modelo começava a ser efetivamente modificado, começaram a surgir os primeiros problemas. A população habituada a procurar o pronto atendimento para qualquer demanda, urgente ou não, e a procurar o médico de sua preferência, seja ele especialista ou pertencente a unidade de saúde de outra área de abrangência, viu-se obrigada a procurar somente o médico responsável por sua área, até então desconhecido, para nem sempre conseguir a “guia”, a “receita” ou o “pedido de exame” que julgava ser necessário. Além disso, passou a ter que agendar previamente a consulta.

A demanda crescente e a insatisfação daqueles que procuravam atendimento e ouviam da recepcionista um “não tem vaga pra hoje”, tornaram necessária a implantação do acolhimento também nas USF. Todos os membros da equipe foram treinados para fazer escuta qualificada e tentar da melhor forma possível dar solução para as demandas dos usuários. Pacientes que procuravam a unidade desejando consulta médica, passaram a ser encaminhados para consulta de enfermagem, onde eram avaliados em relação às suas de-

mandas e vulnerabilidade, sendo encaminhados para consulta médica, agendada ou não, somente caso realmente necessário. Foi elaborado um protocolo de triagem para recepção, de forma a dar alguma objetividade e respaldo técnico para todos os membros da equipe durante o acolhimento à demanda espontânea (Anexo).

5.7 Os Desafios para a Consolidação da ESF

Em novembro de 2011, após trinta meses de implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Altinópolis, temos pleno funcionamento de todas as seis ESF do município, sendo que todas estão com equipe mínima completa (exceto a USF Rural que conta com médico somente vinte horas semanais). Das seis enfermeiras, uma é especialista em Saúde da Família e as outras cinco estão iniciando curso de especialização. Dos seis médicos, três cumpriram programa de Residência Médica oficial em Saúde da Família, dois têm experiência de vários anos no Programa de Saúde da Família e somente um é recém formado, sem especialização.

As equipes são auxiliadas por alguns profissionais de nível superior que fazem atendimentos individuais e em grupos em todas as USF, nos moldes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) proposto pela Portaria 154/2008 (BRASIL, 2008), apesar de o município não preencher os critérios para cadastro da equipe do NASF junto ao Ministério da Saúde. Médicos pediatra e ginecologista, fisioterapeuta e farmacêutico fazem parte dessa equipe.

O município conta ainda com três Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), cada qual vinculado a duas ESF, propiciando integração entre os serviços de saúde e a área de promoção social. Além disso, existe integração com a área de educação através do Núcleo de Apoio Psicopedagógico Educacional (NAPPE), em que psicopedagogos detectam problemas de aprendizado entre os alunos da rede municipal de ensino e notificam a ESF de referência, para que um acompanhamento multiprofissional seja realizado. Essa integração entre vários setores torna-se particularmente importante na medida em que detectamos que um fator de vulnerabilidade sanitária, social ou educacional serve de evento sentinela para a detecção de outros tipos de vulnerabilidade na mesma família.

O atendimento da demanda nas USF é organizado pelo acolhimento. Demandas eletivas que necessitam avaliação médica são agendadas, com tempo médio de espera de dois meses. Demandas prioritárias podem ser encaixadas em até quinze dias, enquanto problemas urgentes são atendidos de imediato.

O atendimento em ginecologia e obstetrícia ainda é centralizado no ambulatório de saúde da mulher do hospital, com atendimento diário, através de agendamento da demanda espontânea. O tempo de espera por consulta ginecológica varia entre duas e oito semanas, na dependência do profissional de escolha da usuária. Todo atendimento pré-natal no município é realizado por médicos obstetras. Apesar da existência de ambulatório especializado em saúde da mulher, a cobertura de exame preventivo de colo de útero não ultrapassa 30% no município, sendo que no mês de setembro de 2011, foram colhidos apenas 40 exames colpocitológicos. Há cerca de seis meses iniciou-se a coleta de exames colpocitológicos pelas enfermeiras da ESF e planeja-se levar o atendimento pré-natal gradativamente para as USF.

Os ambulatórios de especialidade são acessíveis por meio de referência proveniente da atenção básica. O tempo de espera para consulta médica com especialista no nível secundário realizado no município varia entre duas e oito semanas.

No entanto, mesmo com toda a estruturação da atenção primária e secundária no município, a percepção do gestor municipal e de grande parte dos formadores de opinião do município, incluindo funcionários municipais de outras áreas da prefeitura, é a de que “a saúde não funciona”. Os funcionários do hospital dizem que “os postinhos não atendem” e que “a saúde da família não funciona”. O prefeito municipal frequentemente refere ouvir queixas da população, dizendo que “tem que marcar hora pra ficar doente”, uma alusão à necessidade de agendamento de consultas médicas nas USF.

Grande parte dos médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde que atuam no município desde antes da implantação do novo modelo assistencial tem uma visão preconceituosa em relação ao trabalho realizado pela ESF. É recorrente dentre esses profissionais a opinião de que os usuários “tem que marcar hora pra ficar doente” ou que as equipes “só fazem reuniões e grupinhos ao invés de atender paciente”, o que demonstra desconhecimento e falta de compreensão do processo de trabalho na Saúde da Família, além do desprezo pelo planejamento das ações de saúde.

O relacionamento entre médicos de família e os médicos do hospital muitas vezes passa por turbulências. Os primeiros queixam-se da ausência de contra-referência e da interferência de plantonistas no controle de doenças crônicas, como por exemplo alterações de posologia de anti-hipertensivos após qualquer alteração isolada da pressão arterial. O corpo clínico do hospital, por sua vez, queixa-se da perda de autonomia em poder atender qualquer “doente” nos seus ambulatórios de especialidade e da demora no agendamento dos pacientes eventualmente contra-referenciados (apesar dos mecanismos existentes para acolhimento nas unidades).

6 - DISCUSSÃO

O modelo assistencial vigente em Altinópolis até 2008, apesar de ser denominado e cadastrado junto ao Ministério da Saúde como Programa de Saúde da Família funcionava nos moldes tradicionais. A atenção era voltada para as doenças do indivíduo e os serviços eram organizados para atendimento prioritário da demanda espontânea. Esta implantação apenas nominal do Programa de Saúde da Família, mantendo-se as ações curativistas e individualizadas, já havia sido relatada em outros municípios (GOMES, 2009), muitas vezes como forma de receber incentivos financeiros federais ao invés de um efetivo desejo de mudança no modelo assistencial (FARIA et al., 2010).

A gestão municipal, acreditando na superioridade da Estratégia de Saúde da Família em promover saúde de forma integral aos habitantes de Altinópolis, decidiu pela mudança efetiva do modelo assistencial. Essa decisão foi tomada pelo prefeito, logo no início do seu mandato, sem que fossem ouvidos profissionais e usuários do sistema de saúde municipal, afrontando o controle social previsto para o SUS (BRASIL, 1990). A implantação autoritária do modelo assistencial está associada a atritos entre profissionais de saúde e gestão municipal (TRAVERSO-YEPEZ, 2007) e, no caso de Altinópolis, foi responsável por insatisfação dentre a classe médica, levando a demissões voluntárias ou atitudes pouco colaborativas com a nova organização do modelo assistencial.

A população, além de não ter tido participação, direta ou indireta, via Conselho Municipal de Saúde, na decisão e no processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família, não foi adequadamente orientada sobre as especificidades do novo modelo, tampouco sobre as formas adequadas de usufruir das potencialidades que as equipes de saúde da família ofereciam. A orientação de profissionais e usuários a respeito das características da Estratégia de Saúde da Família é fundamental para efetivação do modelo integral de assistência à saúde (GOMES et al., 2009).

Apesar da resistência inicial de alguns setores, o novo modelo assistencial foi implantado em caráter substitutivo, não havendo coexistência com PACS ou UBS, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Um fator fundamental para a efetivação da ESF no município foi a despreciação dos contratos de trabalho de todos os funcionários da rede de atenção básica. Isso foi particularmente importante no caso dos Agentes Comunitários de Saúde, que antes eram empregados pelo hospital local ou por outras entidades filantrópicas subvencionadas pelo

município, na maioria das vezes em troca de favores políticos, e passaram a ser contratados diretamente pelo município, através de concurso público nos moldes da Lei 11350/2006 (BRASIL, 2006). Observamos redução importante da rotatividade dos agentes comunitários e de outros funcionários nas equipes, fortalecendo o vínculo com a comunidade e a longitudinalidade do cuidado com as famílias, corroborando a importância da estabilidade funcional na ESF descrita na literatura (MEDEIROS et al., 2010).

Além da resistência oferecida pela população e pelos profissionais de saúde para aceitar e adaptarem-se ao novo modelo, muitos agentes políticos também questionaram a mudança do modelo. Os vereadores, por exemplo, acreditam que os recursos destinados a contratar médicos de família seriam melhor utilizados na contratação de médicos especialistas ou na compra de aparelhos de apoio diagnóstico, demonstrando preferência pela assistência especializada. Secretários Municipais de outras pastas que não a Saúde também reagem de forma semelhante, questionando investimentos e custeios direcionados à Saúde da Família. Tais atitudes dos personagens políticos são obstáculos à implementação da ESF e podem ter origem em preconceitos e desinformação a respeito dos propósitos do modelo (CANESQUI, 2008).

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Altinópolis enfrentou alguns obstáculos relacionados principalmente à resistência de alguns setores envolvidos à mudança no modelo assistencial.

Dentre os usuários, houve descontentamento considerável principalmente em relação ao acesso aos serviços, em vista da implantação de agenda para atendimento médico e da restrição imposta aos médicos do pronto atendimento em emitir guias de referência e receitas de medicamentos de uso contínuo para pacientes portadores de doenças crônicas. Tais medidas visavam melhorar o atendimento global à população e estimular a continuidade do cuidado na atenção básica, além de desafogar o pronto atendimento e os ambulatórios de especialidade.

Outra queixa recorrente dos usuários foi em relação à territorialização. Moradores de áreas limítrofes foram transferidos para outras unidades, muitas vezes mais distantes da unidade anterior, com ladeiras e outros obstáculos no caminho. A distribuição dos usuários entre as equipes foi equânime em termos de demanda por atendimento, mas desconsiderou aspectos geográficos locais.

A ausência da participação popular durante a fase de planejamento e implantação do novo modelo assistencial pode ter contribuído para a insatisfação dos usuários. As propostas de mudança do modelo e de reterritorialização não foram discutidas no Conselho Municipal de Saúde, tendo sido submetidas somente a aprovação tácita.

Além dos usuários, os profissionais de saúde que trabalhavam no modelo antigo também resistiram à implantação do novo modelo. Essa resistência foi maior entre os médicos que, talvez por não compreender a Estratégia de Saúde da Família, recusavam-se a recomendar as USF aos pacientes que os procuravam no pronto atendimento ou nos ambulatórios de nível secundário. Entendemos que tal atitude esconde o corporativismo dos médicos tradicionais que viram seu papel ameaçado por um modelo de assistência que pregava a abolição da hegemonia biomédica. Essa atitude defensiva pode ter sido potencializada pela transferência forçada de todos os médicos que atuavam nas UBS para o hospital, quando da contratação dos especialistas em medicina de família.

Durante o processo de implantação, frequentemente percebemos a necessidade de modificar o planejamento. A implantação do acolhimento no pronto atendimento do hospital foi uma resposta à não colaboração dos plantonistas em orientar os pacientes a procurar as USF. Ao chegar procurando atendimento, os usuários eram orientados a respeito das funções do pronto atendimento e das potencialidades da ESF. Esse redirecionamento provocou um aumento da demanda nas USF, levando posteriormente à implantação do acolhimento também no nível primário. Reavaliação constante e adaptação do plano original são fundamentais para aumentar a chance de sucesso do programa.

Fatores políticos interferem negativamente no processo de efetivação da Estratégia de Saúde da Família. O imediatismo da população e suas queixas frequentes a vereadores e prefeito tornam o clima tenso dentro das equipes. Muitas vezes os funcionários recebem ordens para alterar seu processo normal de trabalho para satisfazer demandas individuais, prejudicando as ações programáticas de maior alcance populacional.

Além disso, a constante interferência dos agentes políticos no funcionamento do modelo assistencial prejudica o processo de educação da população, tornando mais longo e penoso o caminho para a consolidação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família como garantia de saúde a todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de março de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. APS 2003-2010: superação e batalhas diárias. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v.9, n.27, julho/dezembro 2010.

BRASIL. Lei n. 11350, de 05 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154/GM de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de janeiro de 2008.

CANESQUI, AM; SPINELLI, MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.4, abril 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

CONILL, EM. Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CRUZ, MGB. Estudo comparativo de alguns indicadores em município do Estado de São Paulo segundo a implantação do Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.1, março 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

ELIAS, PE *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, julho/setembro 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

FARIA, HP *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed, Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

GOMES, KO *et al.* Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, setembro/outubro 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

HENRIQUE, F; CALVO, MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, setembro/outubro 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**. IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 29 outubro 2011.

MEDEIROS, CRG *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, junho 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 12 dezembro 2011.

ROSA, RB; PELEGRINI, AHW; LIMA, MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v.32, n.2, junho 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Informação dos Municípios Paulistas, 2011. Disponível em: <<http://www.seade.sp.gov.br/>>. Acesso em 06 novembro 2011.

SOUSA, MF; HAMANN, EM. Programa de Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, setembro/outubro 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

TRAVERSO-YEPEZ, M; BERNARDINO, JM; GOMES, LO. “Fazem um PSF lá de cima...”: um estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, v.12, n.3, setembro/dezembro 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 08 setembro 2011.

ANEXO

PROTOCOLO DE TRIAGEM PARA RECEPÇÃO NO PSF

PACIENTES COM CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE ALGUM MÉDICO PARA O PSF:

1. Se for ROTINA, agendar na vaga.
2. Se for PRIORIDADE, agendar em até 15 dias.
3. Se for URGÊNCIA, encaminhar para consulta de enfermagem.
4. Se a carta tiver pedido de consulta em determinada data, atender ao pedido.

PACIENTES SEM CARTA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO OU COM CARTA DE OUTROS PROFISSIONAIS (psicólogo, enfermeiro, advogado, professor, etc.):

Perguntar ao paciente o que ele precisa.

1. Se for PEDIDO DE ENCAMINHAMENTOS, EXAMES DE ROTINA, LAUDOS E RELATÓRIOS, agendar na vaga.
2. Se o paciente quiser iniciar acompanhamento de algum problema de saúde crônico (coisas que ele sente há muito tempo), agendar em até 30 dias.
3. Se o paciente estiver sentindo alguma coisa há menos de quinze dias, encaminhar para consulta de enfermagem.
4. Se o paciente tiver algum sintoma caracterizado como urgência (FEBRE, DOR INTENSA, VÔMITOS, DIARRÉIA, SANGRAMENTOS, FERIMENTOS, FALTA DE AR, PALPITAÇÕES), encaixar para consulta médica no mesmo dia e avisar o médico ou a enfermeira (para avaliação de gravidade e classificação de risco).
5. Se for PEDIDO DE RECEITA, pegar a pasta e avisar do prazo para buscar a receita; atentar para as condições de fornecimento de receita sem consulta (abaixo).

CONDIÇÕES PARA PEDIDOS DE RECEITA SEM PASSAR EM CONSULTA:

- Trazer receita antiga ou informar nome do remédio, dose e forma de uso.
- Não serão feitas receitas de pacientes sem seguimento médico.
- Não serão feitas receitas de medicamentos sintomáticos, a menos que estejam descritos no prontuário médico do posto como de uso contínuo ou constem de relatórios médicos de outros serviços.
- Não serão trocadas receitas de médicos particulares ou de convênios.

OBSERVAÇÕES:

- Pacientes que chegarem após as 10h da manhã ou após 15h da tarde só poderão ser encaixados no mesmo dia com autorização expressa do médico.
- Nas tardes de quarta e sexta-feira (horários de reunião), só poderão ser encaixados pacientes com autorização expressa do médico.
- Prazo para entrega das receitas: próximo dia útil à tarde.
- Não guardar dúvidas: pergunte ao médico ou à enfermeira.