

LIDIA TOBIAS SILVEIRA

***CONSTRUINDO INDICADORES E ESCUTANDO “RUÍDOS”:
UMA ESTRATÉGIA COMBINADA DE AVALIAÇÃO DE UMA
POLÍTICA DE SAÚDE, POR UM AUTOR/ATOR IMPLICADO.
O QUALIS/ZERBINI/SP (UMA MODELAGEM DO PSF)***

CAMPINAS

2002

LIDIA TOBIAS SILVEIRA

***CONSTRUINDO INDICADORES E ESCUTANDO “RUÍDOS”:
UMA ESTRATÉGIA COMBINADA DE AVALIAÇÃO DE UMA
POLÍTICA DE SAÚDE, POR UM AUTOR/ATOR IMPLICADO.
O QUALIS/ZERBINI/SP (UMA MODELAGEM DO PSF)***

*Tese de Doutorado, apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

CAMPINAS

2002

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Si39c Silveira, Lídia Tobias
 Construindo indicadores e escutando “ruídos”: uma estratégia
 combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator
 implicado. O Qualis / Zerbini / SP (uma modelagem do PSF) / Lídia
 Tobias Silveira. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

 Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Avaliação. 2. Estudo de casos. I. Luiz Carlos de Oliveira
 Cecilio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas. III. Título.

*A duas pessoas, cujas ausências transformaram a saudade em sentimento concreto - meu pai, **Euzébio**, pela doçura com que impregnou nossa relação desde sempre, e o amigo **David Capistrano**, por tudo o que compartilhamos, na política e no trabalho.*

Saudades!

AGRADECIMENTOS

Ao Luiz Cecílio, orientador presente, que cuidadosamente guiou o delineamento deste trabalho, pela solidariedade manifesta em duas situações de muita tristeza e pela paciência com que esperou que saíssemos dos vários momentos em que "travamos", durante o curso da investigação.

Ao Professor Adib Jatene, pelo apoio incondicional à equipe de coordenação do PSF/Qualis/Zerbini, liderada por David Capistrano.

Aos companheiros da antiga equipe dirigente da SEHIG - **Claudio, Cidinha, Elci, Tykanori e Anita**, referências no "fazejamento", como método para fazer as "coisas" na saúde acontecerem.

À equipe de coordenação do PSF/Qualis/Zerbini - **Isamara, Lancetti, Socorro, Carminha, Lane e Márcia Freitas**, pelo espírito de coesão, que nos permitiu resistir até quando não foi mais possível na coordenação do projeto.

Às diretoras das unidades do Qualis/Norte - **Jurema, Yoshimi, Neuza, Valéria e Luzia**, pela firmeza na implantação do PSF nas unidades, na região norte.

Aos funcionários do Qualis/Norte, pela convivência "calorosa".

À **Malu**, diretora do Instituto de Saúde, pelo apoio dado no começo da pesquisa, abrindo-nos a possibilidade de fazer parte de um dos núcleos de pesquisa do Instituto.

À **Regina Cardoso**, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, pela ajuda na construção e no tratamento estatístico dos indicadores.

À **Vânia e à Magnólia**, da direção do Núcleo IV, por terem-nos facilitado a utilização dos dados do SIA-SUS e permitido a participação dos diretores das nove unidades da SES no primeiro grupo focal.

À **amiga Ana Silvia**, pela ajuda na informática, sem a qual não teríamos organizado os dados para a construção dos indicadores.

À **amiga Luci**, pelo summary.

À **Rosilda**, que nos apresentou a técnica do grupo focal, pela ajuda na realização do primeiro grupo focal, supervisionando a organização do roteiro e participando como moderadora no grupo.

À **Silvia**, pela transcrição do conteúdo gravado do primeiro grupo focal.

À **Leo**, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, pelas orientações sempre corretas.

À **Leni**, pela confecção das tabelas e dos gráficos, por ter funcionado como observadora do segundo grupo focal, assim como pela transcrição do material gravado.

À **Odette**, pela disponibilidade para discutir assuntos referentes à análise das "falas" das diretoras nos grupos focais.

À **família Salles - Nelson (cunhado), Inês e Tomás (sobrinhos)**, pela acolhida carinhosa em todas às vezes que precisamos ficar em Campinas para orientação da tese.

Aos queridos Teo, Tuti, Maria Clara e Kiko, pela diversas manifestações de amizade, que nos ajudou a relaxar nos momentos de angústia com o caminhar da tese.

À **minha mãe, Ligia**, servidora aposentada, minha referência primeira do significado do acolhimento no serviço público.

Aos meus irmãos, Wanda, Maria, Antonio, Vera, Fernando, Inah, Claudia, Orlando e Liginha, fontes de afeto garantido, pelo indispensável apoio. À **Vera**, em particular, pela correção do texto.

	PÁG.
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	37
CAPÍTULO 2. MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS E NECESSIDADES DE SAÚDE	45
A PRÁTICA PROGRAMÁTICA OU AÇÃO PROGRAMÁTICA EM SAÚDE.....	53
SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE (SILOS), VIGILÂNCIA À SAÚDE.....	56
FORMULAÇÕES DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA UNICAMP.....	60
O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....	69
MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS E MODELAGEM.....	72
A MODELAGEM PSF.....	75
NECESSIDADES DE SAÚDE.....	77
CAPÍTULO 3. A MODELAGEM PSF/QUALIS/ZERBINI	87
CARACTERÍSTICAS TECNOLÓGICAS.....	89
O MODO DE GOVERNAR A MODELAGEM PSF/QUALIS/ZERBINI.....	92
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA	103

CAPÍTULO 5. O ESTUDO QUANTITATIVO: A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES	115
CAPÍTULO 6. O ESTUDO QUALITATIVO: USANDO A TÉCNICA DO GRUPO FOCAL.....	133
CAPÍTULO 7. A LEITURA DO PRIMEIRO GRUPO FOCAL: OS DIRETORES COMO ATORES ESTRATÉGICOS	145
CAPÍTULO 8. O SEGUNDO GRUPO FOCAL: ANALISANDO “RUÍDOS”...	181
CAPÍTULO 9. DISCUTINDO RUÍDOS: O PSF E A PROPOSTA DA CLÍNICA AMPLIADA.....	209
CAPÍTULO 10. CONCLUSÕES.....	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	233
ANEXOS.....	243

LISTA DE ABREVIATURAS

SES-	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
SEHIG	Secretaria de Higiene e Saúde de Santos.
SUS	Sistema Único de Saúde.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SILOS	Sistemas Locais de Saúde.
Qualis	Qualidade integral de saúde
SIAB	Sistema de Informações em Atenção Básica.

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
TABELA 1: Indicadores para procedimentos de enfermagem em relação a consultas médicas (por faixa etária e pelo total de consultas médicas): médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ	126
TABELA 2: Indicadores para vacinas aplicadas em relação às consultas médicas em <lano: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ	127
TABELA 3: Indicadores para visitas domiciliares e trabalhos em grupo em relação a consultas médicas pelo total de consultas médicas: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ	128
TABELA 4: Indicadores para consultas médicas em saúde da mulher, hipertensão, diabetes, tuberculose e pré-natal em relação a consultas médicas >15 anos e pelo total de consultas médicas. Indicadores para consulta de enfermeira em relação ao total de consultas médicas: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ	129
TABELA 5: Indicadores para consulta médicas e de enfermeira, por faixa etária em relação ao total de consultas médicas: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ	130
TABELA 6: Pré-natal: início do pré-natal conforme o trimestre de gravidez e concentração de consultas médicas. Médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ	131
TABELA 7: Número médio de exames colhidos para cada 100 consultas médicas realizadas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	147

TABELA 8:	Número médio de inalações realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	150
TABELA 9:	Número médio de coletas de baciloscopias para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	153
TABELA 10:	Número médio de coletas de citologia oncótica para cada 100 consultas médicas realizadas em > 21 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	156
TABELA 11:	Número médio de consultas de enfermeiras realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro junho, 2000.....	160
TABELA 12:	Número médio de visitas domiciliares realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	164
TABELA 13:	Número médio de trabalhos de grupo realizados para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	167
TABELA 14:	Número médio de consultas médicas em saúde da mulher para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	170
TABELA 15:	Número médio de consultas médicas em hipertensão para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	172
TABELA 16:	Porcentagem de consultas médicas de pré-natal iniciadas no primeiro trimestre de gravidez. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro - junho, 2000.....	174

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>PÁG.</i>
GRÁFICO 1: Número médio de exames colhidos para 100 consultas médicas realizadas. Unidades Estado e Qualis. período: janeiro-junho de 2000.....	148
GRÁFICO 2: Número médio de coletas de baciloscopias para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	151
GRÁFICO 3: Número médio de inalações realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	154
GRÁFICO 4: Número médio de coletas de citologia oncológica para cada 100 consultas médicas realizadas em > 21 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	157
GRÁFICO 5: Número médio de visitas domiciliares realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	151
GRÁFICO 6: Número médio de trabalhos de grupo realizados para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	165
GRÁFICO 7: Número médio de consultas de enfermeiras realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro – junho, 2000.....	168
GRÁFICO 8: Número médio de consultas médicas em saúde da mulher para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	171

GRÁFICO 9:	Número médio de consultas médicas em hipertensão para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000.....	173
GRÁFICO 10:	Porcentagem de consultas médicas de pré-natal iniciadas no primeiro trimestre de gravidez. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro – junho, 2000.....	175

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
QUADRO 1: Principais componentes tecnológicos dos modelos tecno-assistenciais analisados.....	73
QUADRO 2: Indicadores propostos a partir da variável consulta médica (por faixas etárias e pelo total de consultas médicas)e do pré-natal (proporções).....	124



RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as potencialidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em responder às necessidades de saúde, através do estudo de uma de suas experiências concretas, em curso no município de São Paulo - o PSF/Qualis/Zerbini. Apoiando-nos nas principais formulações tecno-assistenciais, procuramos caracterizar as semelhanças e diferenças existentes entre elas e a origem da configuração tecnológica do PSF. Esta análise revelou-nos como um diferenciador importante entre estes projetos, o modo como pensam a prática clínica, assim como permitiu a inclusão do conceito de modelagem no nosso referencial teórico. A partir deste conceito, entendemos as inúmeras experiências de implantação do PSF como modelagens singulares. Propusemo-nos a analisar o nosso objeto, utilizando como referencial teórico uma taxonomia para necessidades de saúde. A análise do PSF/Qualis/Zerbini foi realizada através de dois instrumentais metodológicos: a construção de indicadores e a técnica do grupo focal. A análise dos indicadores foi feita de forma comparativa, usando como contraponto um grupo de unidades básicas estaduais, não PSF. A técnica do grupo focal foi realizada com diretoras das unidades Qualis, consideradas protagonistas especiais na implantação da modelagem. Numa sessão, para ampliar a análise dos indicadores, e noutra, para discutir "ruídos" (opiniões contraditórias, divergências) levantados na primeira sessão de grupo focal. O estudo quantitativo revelou a existência de diferenças nos indicadores dos dois grupos de unidades, levando-nos a opinar favoravelmente pela qualidade da assistência do PSF/Qualis/Zerbini. No entanto, foi através da interação entre as diretoras no grupo focal, que pudemos perceber questões não resolvidas no Qualis, como a prática clínica ainda centrada em procedimentos e uma visão mitificada da prevenção, levando-nos a concluir que o PSF/Qualis/Zerbini não tenha superado a dicotomia prevenção/cura, considerada uma diretriz importante pela gestão que iniciou a implantação desta modelagem.



ABSTRACT

This work aims to analyze the extent to which the *Programa de Saúde da Família – Family Health Care Program (PSF)* meets the health needs. The topic is addressed through the study of one of the program's concrete experiences now in course in the city of São Paulo, Brazil, called *PSF/Qualis/Zerbini*. Grounded on the main technical assistential formulations, we tried to characterize existing similarities and differences among them, as well as the origin of the technological configuration of the *PSF*. This analysis revealed to us, as an important differentiator among these projects, the way they view the clinical practice. In addition, it allowed for the inclusion of the modeling concept into our theoretical referential. Based on this concept, we understand the numerous experiences to implant the *PSF* as unique modelings. We proposed to analyze our object by adopting as theoretical reference a taxonomy of health needs. The *PSF/Qualis/Zerbini* analysis was made by means of two methodological tools: the construction of indicators and the focal group technique. A comparative analysis of the indicators was made with a group of non-*PSF* state basic units serving as counterpoint. The focal group technique was carried out with *Qualis* unit directors, deemed as special protagonists of the modeling implantation. Two sessions were carried out: one to extend the analysis of the indicators and the other to discuss “noises” such as contradictory opinions and divergences arising from the previous session. The quantitative study revealed the existence of differences in the indicators of both unit groups. This led us to a favorable opinion of the quality of the assistance granted by the *PSF/Qualis/Zerbini*. However, it was through the very interaction between the directors in the focal group that we could perceive unsolved issues at the *Qualis*, such as the persistence on a procedure-oriented clinical practice and a mythified perception of prevention. We therefore concluded that the *PSF/Qualis/Zerbini* has not overcome the prevention/cure dichotomy, considered as an important guideline by the management that started to implant this modeling.



CAPÍTULO 1 *INTRODUÇÃO*

O interesse pela temática da organização do funcionamento dos serviços de saúde vem acompanhando nossa trajetória profissional, desde a Secretaria de Saúde do Estado (SES) até os projetos nos quais estivemos envolvidos mais recentemente, na Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG) e no projeto Qualis, no município de São Paulo.

Na SES, como sanitarista, pudemos vivenciar dois momentos importantes na organização da rede de unidades básicas, em decorrência de inflexões na política de saúde federal.

O primeiro, entre os anos 1976-1980, quando por conta de necessidades de legitimação, o governo central da época resolveu ampliar a cobertura de serviços para atingir grupos da população descobertos pelos serviços de saúde da previdência social. No Estado de São Paulo, como desdobramento dessa política, o governo optou pela implantação dos chamados Programas de Saúde na rede de centros de saúde, para grupos populacionais específicos, como crianças e gestantes e para algumas doenças de relevância epidemiológica, como a tuberculose e a hanseníase, dirigidos, em especial, para a população não previdenciária. Para os segmentos cobertos pela Previdência Social, a Secretaria de Saúde, através de um convênio com o INAMPS, oferecia assistência médica individual nos horários livres dos centros de saúde, principalmente naquelas localidades onde a rede da assistência médica previdenciária era escassa.

Naquela ocasião, estávamos começando nossa trajetória profissional como sanitarista, dirigindo um centro de saúde estadual, num pequeno município da região de Sorocaba. Gerenciando o cotidiano, pudemos acompanhar as modificações introduzidas pelas normas dos programas na rotina da unidade e a resistência de algumas categorias profissionais em aderir às normas da programação. Daquela época, guardamos várias lembranças, principalmente a inflexibilidade dos médicos para atender os usuários pertencentes à categoria previdenciária, assim como a resistência para aceitar a entrada dos usuários eventuais, ou seja, daqueles que procuravam o centro de saúde em momentos de doença. O atendimento dos pacientes portadores de hanseníase, depois de muita discussão, acabou assumido por nós. É interessante registrar que apesar destas dificuldades, o clima entre a maioria dos funcionários era favorável porque, finalmente, a assistência médica

estava chegando ao centro de saúde, mesmo que subordinada à idéia da ação programática. Concordamos com as reflexões posteriores, feitas por alguns autores, como Nemes (1990) e Tanaka (1982), sobre a programação: o excesso de normas, a rigidez da organização do trabalho, a dicotomização das ações e a insuficiência de recursos financeiros levaram à baixa adesão dos profissionais aos conteúdos prescritos e à baixa eficácia da programação em atender os objetivos propostos.

O segundo momento, entre os anos de 1983-1986, quando por força das modificações que antecederam a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), - o Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, de 1982, o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), de 1983 e das influências positivas do Encontro de Alma-Ata, de 1978 - a Secretaria de Saúde define-se por uma organização hierarquizada da rede de serviços, na qual os centros de saúde operariam como porta de entrada do sistema. Nessa ocasião, estávamos trabalhando numa das regionais de saúde da Grande São Paulo, podendo assim, mais uma vez, acompanhar as mudanças em nível local, decorrentes da política geral. Agora, pela possibilidade criada com os repasses de recursos federais para as secretarias estaduais e municipais, podia-se contratar profissionais, principalmente médicos e equipar as unidades para a nova tarefa - funcionar como porta de entrada do sistema de saúde. Em que pese críticas a esta determinação, principalmente a insuficiência de recursos financeiros repassados, razão atribuída, muitas vezes, à manutenção da lógica responsável pela permanência da dicotomia das ações, não há como negar que a assistência médica individual, até então operada nas unidades básicas de saúde como instrumento dos programas, passa a ser incorporada pelos serviços como instrumento para resolver problemas de saúde trazidos pela demanda espontânea. Certamente, as unidades básicas tiveram que reformular sua organização para assumir o novo papel, agora centrado em grande medida no trabalho médico, mais precisamente no pronto atendimento médico à demanda espontânea. Como diz Nemes, “a programação de São Paulo, já estava destituída de sua força política original e bastante descaracterizada tecnologicamente”. No entanto, não concordamos com a afirmação da autora de que a mesma “tenha sido totalmente substituída pela nova organização do trabalho” (Nemes, 2000, p.57). Quem visitava, há bem pouco tempo as unidades básicas da Secretaria Estadual, na cidade de São Paulo, antes destas serem municipalizadas, percebia a presença de componentes

tecnológicos da programação, representados pela organização de parte do trabalho médico dirigido para o atendimento de crianças e mulheres, mediante prévio agendamento, embora alguns grupos de pacientes tradicionais do antigo modelo, como os portadores de tuberculose e hanseníase, tenham passado a ser referenciados para acompanhamento em unidades de caráter mais especializado. Diríamos que as unidades básicas da capital padeciam da falta de uma proposição política que as tirasse do impasse em que estavam vivendo, que as faziam funcionar numa mistura de pronto atendimento médico com resquícios da antiga programação, com área de abrangência definida exclusivamente para ações de vigilância epidemiológica.

Embora as experiências citadas tenham sido profissionalmente importantes, fazendo-nos perceber o quanto a organização dos serviços obedece à lógicas das políticas mais gerais, faltava ainda uma compreensão maior do lugar ocupado pelas disciplinas centrais da saúde pública - da epidemiologia e da clínica - na organização do trabalho, assim como da possibilidade de viver experiências em que a política estivesse voltada realmente para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Durante o mestrado, incomodados com a discussão colocada por alguns autores do campo progressista da saúde em apresentar a proposta da vigilância à saúde como a base da organização das práticas de saúde, tivemos a oportunidade de refletir sobre este assunto.

Estávamos trabalhando na Administração de Santos, na equipe que dirigia a saúde municipal, e lá não havia a preocupação com esta questão, não se buscava definir uma prática que subordinasse as demais à sua própria lógica. Na verdade, sob orientação de David Capistrano, Secretário de Saúde no período de 1989-1992, e depois Prefeito da cidade, no período de 1993-1996, movíamos-nos por uma outra determinação para as nossas ações, conforme Cecílio defende, "...as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas"(Cecílio, 1997, p.23). Tínhamos como meta a construção do sistema de saúde local, orientado pelas então recentes definições da Constituição Federal. A tarefa não era simples, tínhamos dificuldades nas relações com a SES, com as corporações profissionais e, uma vez tornadas públicas as nossas intenções, a população cobrava aquilo que a Constituição havia determinado: "a Saúde é um Direito de Todos e um Dever do

Estado”. Estas orientações, no entanto, não impediram que reconhecêssemos a importância da epidemiologia e da clínica funcionarem como instrumentos para identificar problemas e para orientar a organização das nossas ações. Daí termos criado, em oito anos de trabalho (1989-1996), uma rede das mais diversificadas, com serviços apoiados em atividades programáticas, outros funcionando através de programas, às vezes até verticalizados, serviços organizados para atendimento domiciliar e os da saúde mental, onde a organização do trabalho se fazia de forma mais centrada nas necessidades dos usuários.

Tomando como base esta experiência, analisando o Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco, procuramos mostrar no mestrado, como, em Santos, fazíamos vigilância à saúde, sem que esta necessariamente subordinasse as demais práticas à sua lógica.

Posteriormente, mais uma vez trabalhando sob a orientação de David Capistrano, pudemos experimentar a proposta de organizar o trabalho em unidades básicas, através do Programa de Saúde da Família (PSF). No período de fevereiro de 1998 a maio de 2000, estivemos coordenando a implantação do Projeto Qualis na região norte do município de São Paulo, projeto este desenvolvido através de uma parceria entre a Secretária de Estado da Saúde e a Fundação Zerbini.

Estimulados de um lado por esta experiência concreta e de outro, pelo debate que vem se dando em torno desta proposta, pela força com que vem sendo defendida pelo Governo Federal, como estratégia principal para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde, é que colocamos como objetivo deste trabalho analisar as potencialidades do PSF/Qualis/Zerbini em responder às necessidades de saúde da população.

Partimos da idéia de que o núcleo central da proposta PSF/Qualis/Zerbini é devedor do ideário PSF, mas representa uma modelagem que agrega dispositivos gerenciais e incorporações tecnológicas que a diferencia do PSF apresentado pelo Ministério da Saúde.

Nessa medida, pensamos que uma avaliação desta modelagem, adotando a idéia de que seja uma "variante" do PSF, permitirá cumprir com os seguintes objetivos específicos.

- Caracterizar os aspectos operacionais do PSF/Qualis/Zerbini que o distinguem da proposta inicial e o que isso significa em termos de melhoria na qualidade da assistência.
- Caracterizar dificuldades vividas na implementação desta modelagem que podem ser creditadas à sua filiação no PSF, permitindo inferir desse reconhecimento, indicações mais gerais para as experiências de implantação de outras modelagens PSF no Brasil.

Esta investigação está organizada da seguinte forma:

Capítulo 2- Modelos tecno-assistenciais e necessidades de saúde: indicações para compreender o contexto no qual se coloca o Programa de Saúde da Família (PSF) como um projeto tecno-assistencial em disputa.

Capítulo 3- A Modelagem PSF/Qualis/Zerbini.

Capítulo 4- Metodologia.

Capítulo 5- O estudo quantitativo: a construção dos indicadores.

Capítulo 6- O estudo qualitativo: usando a técnica do grupo focal.

Capítulo 7- A leitura do primeiro grupo focal: os diretores como atores estratégicos.

Capítulo 8- O segundo grupo focal: analisando "ruídos".

Capítulo 9- Discutindo "ruídos" : o PSF e a proposta da clínica ampliada.

Capítulo 10- Conclusões.



CAPÍTULO 2
MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS E
NECESSIDADES DE SAÚDE

Modelos tecno-assistenciais e necessidades de saúde: indicações para compreender o contexto no qual se coloca o Programa de Saúde da Família (PSF) como um projeto tecno-assistencial em disputa.

No campo da Saúde Pública, as questões ligadas à organização do funcionamento dos serviços de saúde não constituem, em princípio, um tema que se possa considerar como novidade. Estamos nos referindo ao campo da Saúde Pública entendido como campo historicamente determinado no interior das relações sociais capitalistas, onde as ações de saúde correspondem a políticas de governos (Braga,1981, p.1, Merhy, 1992, p.17). A Saúde Pública é então compreendida "...enquanto política (social) governamental, articulada às relações entre o Estado e o conjunto de classes sociais, em um dado momento histórico" (Merhy, 1992, p.22).

Braga e Merhy, partindo de metodologias diferentes, mostram-nos o quanto esta preocupação é antiga no Brasil. Braga (1981), através de uma análise em que prioriza as determinações político-econômicas, dentro do processo de acumulação capitalista, nas relações entre governo e sociedade e que se traduzem como políticas sociais, incluindo-se nestas, as de saúde. Merhy (1992) acrescenta a necessidade de incluir na análise as relações que se estabelecem entre os "...formuladores de modelos tecno-assistenciais, os sujeitos sociais, as arenas decisórias e a conformação das políticas, no campo da saúde pública como política governamental" (1992, p.45).

Desta maneira, estes autores ajudaram-nos a compreender por que e como, a partir do início do século passado, as ações de saúde foram assumindo no nosso país, modalidades assistenciais tão diversas no campo da Saúde Pública . Assim é que tivemos, desde as campanhas verticalizadas, passando por serviços organizados por problemas específicos, as propostas de organização de rede locais permanentes, até chegar à década de 70 com a proposta de rede básica, orientada pela estratégia da atenção primária.

Apesar de como dissemos o assunto não constituir um tema novo, trata-se, no entanto, de um tema complexo e ao mesmo tempo atual. Complexo porque se inclui entre as temáticas vinculadas às relações sociais, particularmente às relações entre governos, grupos sociais e necessidades de saúde. Merhy (1992) chama atenção para o aspecto de que as disputas entre modelos de organização de serviços para se viabilizarem como políticas,

não envolvem somente contraposições relacionadas às especificidades tecno-assistenciais do setor, mas aquelas que se relacionam com projetos mais gerais, envolvendo diferentes visões de sociedade.

Acreditamos também na sua atualidade, uma vez que, com a promulgação da Constituição de 1988, estamos vivenciando um outro momento de influxo nesta discussão, com a colocação da questão da organização dos serviços de saúde em outro patamar, pela formalização do Sistema Único de Saúde, o SUS, como o novo modelo orientador das políticas de saúde no Brasil.

Estamos nos referindo às condições propiciadas pelas novas definições constitucionais aos gestores governamentais, quanto a colocar em prática antigos anseios, como a descentralização da gestão, a universalidade e a integralidade das ações de saúde. Cabe lembrar que estes princípios, antes de serem incluídos na Carta Constitucional, fizeram parte de manifestos em diversos momentos da história da saúde pública brasileira, particularmente a partir da década de 60, até se constituírem em bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária, na década de 70.

Com o SUS são criadas as possibilidades legais de implantar-se em todo o território nacional a proposta de rede integrada de serviços (básicos, especializados, hospitalares), descentralizada, com controle social, em que todos os cidadãos tenham acesso ao atendimento, operando com um espectro de ações capaz de intervir nos diversos momentos do processo saúde-doença, realizando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação, organizadas e articuladas conforme a lógica das necessidades de saúde.(Henriques,1996, p.23)

Consideramos importante chamar atenção para o fato do SUS constituir, em princípio, uma proposta de produção de serviços regida pela lógica das necessidades de saúde, para diferenciá-lo daqueles serviços, cuja organização é regida pela lógica do mercado, conforme definição de Mendes¹, mencionado por Campos. (Campos, 1992, p.36) Esta é uma questão que não pode ser esquecida, como bem destaca Campos, ao observar que o SUS, apesar de seu arcabouço constitucional legal, não pode ser considerado o

¹ MENDES, E.V. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales. In: Los sistemas locales de salud - conceptos, métodos y experiencias. Washington, OPAS/OMS, Publicacion Científica, 519,1990. p. 25.

modelo hegemônico na produção de serviços de saúde, no Brasil. (Campos,1992, p.35). Portanto, poderíamos considerá-lo ainda um projeto em disputa política e cultural no país, em diversas arenas políticas, incluindo-se as governamentais. Tanto isto é verdade que, desde o início do SUS, não têm faltado articulações com finalidades de minar a sua viabilização. Basta lembrar o episódio ocorrido em 1990, portanto logo após a promulgação constitucional, por ocasião de sua regulamentação em esfera federal, quando se tentou retirar do corpo da lei os itens referentes ao controle social.

Apesar desses obstáculos, a partir de 1988, observa-se um grande número de iniciativas para a construção do SUS - propostas de gestão, de formatação de modelos assistenciais, reflexões sobre experiências concretas - por um conjunto de atores sociais - gestores, trabalhadores da saúde, partidos políticos, intelectuais do setor, usuários, etc. Deste conjunto de discussões, ressaltamos a questão do modelo assistencial ou da organização da atenção, de forma a atender as necessidades de saúde da população brasileira, em particular a extensa rede básica de saúde que já está implantada neste país.

Nesse processo, podemos destacar como formuladores diferenciados, os gestores municipais que tomaram para si a responsabilidade de construir o SUS localmente. Neste sentido, inúmeras experiências municipais vêm sendo produzidas, demonstrando capacidade na formulação e implementação de modalidades assistenciais, embora com diferentes graus na criatividade e na efetividade com que vêm sendo desenvolvidas, mas, em geral, marcadas pela vontade política de implantar o SUS. Dentre elas, tomamos a título de exemplo algumas que foram publicadas em forma de livros - Santos (1996), Londrina (1996), Belo Horizonte (1998), Chapecó (2000).

Além dos gestores municipais, lembramos a enorme produção intelectual do setor na década de 90, com novas formulações para projetos tecno-assistenciais, como Campos, Cecílio, Merhy, Mendes, etc.²

Ainda em relação ao desempenho dos formuladores quanto à propostas de projetos tecno-assistenciais, não podemos menosprezar a participação do governo federal, enquanto tal. Neste aspecto, nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem se destacado na

² Algumas destas reflexões estarão sendo utilizadas noutra capítulo, no capítulo referentes aos principais modelos tecno-assistenciais existentes na área.

defesa do Programa de Saúde da Família, como o projeto estratégico para a implantação do SUS. Como mecanismo de fortalecimento desta proposta, o Ministério propõe inclusive repasse diferenciado de recursos para aqueles municípios que tomarem o PSF como eixo de organização da atenção básica.(NOB1996, Leucovitz e Garrido, 1996, Sousa, H, 2000)

Neste momento, esta talvez seja a discussão mais polêmica do setor. De um lado, pelo entendimento de vários atores, principalmente os gestores municipais, de que a participação de incentivos financeiros para o PSF significa interferência concreta na gestão local, estimulando uma prática adesista de subordinação ao governo federal, ferindo a autonomia municipal na condução do SUS. Por outro lado, o PSF vem sendo alvo de debate em outras "arenas" do movimento social, por forças sociais que enxergam este projeto como uma proposição do governo federal, que tem como objetivo desestruturar o SUS, enquanto mecanismo de construção de cidadania, articulada às propostas neoliberais de reforma do Estado. Nos dizeres de Merhy, " Na medida em que um modelo tecno-assistencial traz consigo uma visão de sociedade, sua composição, seu futuro, enfim ele porta toda uma perspectiva de constituição de um determinado processo social, e toda uma leitura crítica em relação aos outros projetos que disputam a direção do processo político, no setor da Saúde Pública."(Merhy,1992, p.123).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é apresentado pelo Governo Federal como estratégia estruturante do SUS e por diversos autores como um "novo modelo assistencial", "mais humano", que "privilegia o conhecimento, os vínculos", em contraposição ao antigo modelo assistencial - baseado na doença e em ações curativas. (Sousa, H., 2000, Viana e Dal Poz,1998)

Esses enunciados colocados reiteradamente vêm pautando um certo discurso de "modelo substitutivo", capaz de superar as lacunas, os equívocos do assim chamado "antigo modelo" que não privilegia os princípios doutrinários do SUS na organização dos serviços de saúde. Este é um aspecto que nos interessa analisar, a despeito de secundarizar outras questões, também importantes, que dizem respeito à viabilidade do modelo proposto, como as questões de financiamento, formação de recursos humanos, etc.

Analisar o PSF como estamos nos propondo, ou seja, investigá-lo sob a ótica de configurar-se ou não como uma nova proposta tecno-assistencial, significa, a nosso ver, adentrar na discussão teórica de modelo assistencial. Neste momento, não temos dúvidas de que o PSF vem se colocando como um projeto em disputa. Daí, no entanto, afirmar que se constitui um novo projeto tecno-assistencial, com força suficiente para substituir um modelo centrado na doença e que enfatiza ações curativas, merece um estudo. Para entrar nesta discussão entendemos ser necessária a sua compreensão teórica, que acreditamos ser factível recuperando o que vem sendo produzido sobre o assunto, assim como, pela identificação dos modelos colocados no centro deste debate, dentro do campo da Saúde Pública.

Modelos tecno-assistenciais

Merhy (1992), analisando formulações de políticas na área da Saúde, reconhece dois campos de organização assistencial e tecnológica das ações - o campo da Saúde Pública e o campo da Medicina. O campo da Saúde Pública, instrumentalizado principalmente pela Epidemiologia e o campo da Medicina, instrumentalizado principalmente pela Clínica. Um que abordaria o processo saúde doença pelo ângulo do coletivo e outro pelo ângulo do individual. Analisando os processos de trabalho destes dois campos, a partir dos saberes que mobilizam estes processos e dos processos institucionais que concretizam estas ações, configuram-se modelos tecno-assistenciais de organização da produção de serviços. Para este autor, a Saúde Pública, como política governamental, terá sempre uma dimensão tecnológica e outra assistencial, passando a adquirir o status de modelo tecno-assistencial, quando necessária a sua apresentação como projeto de política pública a ser disputado com outros da área.(Merhy,1992, p. 15-17).

Como pode-se observar, Merhy, apesar de reconhecer a Saúde Pública e a Medicina como campos distintos de organização das ações de saúde, assinala que ambos são instrumentalizados pelas mesmas disciplinas, embora em graus e com objetos diferentes. O que nos chama ainda atenção é que este autor aponta a existência de duas dimensões na organização das ações de saúde – uma dimensão tecnológica e uma dimensão

assistencial. Como procuraremos mostrar, esta discussão é recente e, na nossa opinião, fundamental para a análise que estamos iniciando.

Muito embora seja comum os textos referirem-se a modelos assistenciais e modelos tecno-assistenciais como sinônimos, coube a Gonçalves, segundo Merhy (1993), o desenvolvimento de uma metodologia que permitiu a separação do que se convencionou chamar modelo assistencial em dois componentes: o modelo tecnológico, ou componente tecnológico, fundamentado pelas concepções do processo saúde-doença e pelas práticas instrumentalizadas pela clínica e pela epidemiologia e o modelo assistencial propriamente dito, ou componente assistencial, representado pelas configurações que as instituições vão adquirindo ao expressar uma dada organização do processo de trabalho em saúde.

Gonçalves, em 1992, quebrou uma tendência até então vigente nos estudos que costumavam trabalhar separadamente os instrumentos/equipamentos das práticas de saúde, atribuindo aos primeiros a competência pela definição das configurações tecnológicas das práticas de saúde. Gonçalves inova, propondo uma metodologia, a partir da teoria do trabalho, em que as práticas são analisadas enquanto processos de trabalho, o que permite apreender como vão se configurando no seu interior os processos tecnológicos concretos.(Merhy, 1993, Nemes,1996).

Para este autor³, citado por Nemes, "o trabalho é sempre ação transformadora", "intencionalmente realizada" por alguém que, possuindo "um saber competente", "opera sobre um objeto", para alcançar um determinado objetivo. Como a transformação é sempre intencional, pode-se dizer que "o agente antevê o produto do trabalho", que "não é um trabalho qualquer", mas sim "o que melhor corresponde às necessidades que justificam o trabalho". Estas necessidades, por sua vez, "não são apenas de um sujeito isolado", mas de "sujeitos em relação com outros sujeitos", sendo portanto "necessidades sociais", "geradas na dinâmica das sociedades". Para o autor, citado por Nemes (1996, p. 49), existiria "uma articulação entre formas sociais de vida, necessidades e processos de trabalho", o que levou Merhy a assim referir-se:

Gonçalves apresentará o campo das tecnologias em saúde como historicamente determinado, no interior da construção das relações capitalistas, expressando-se a partir de saberes tecnológicos oriundos da

³ MENDES GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993

clínica e da epidemiologia", ficando implícita a existência de uma "articulação entre política e tecnologia", assim como, entre "modelo tecnológico" e "modelo assistencial". (Merhy,1993)

Nemes (1996), ainda utilizando-se de Gonçalves, apresenta como as grandes polaridades do trabalho em saúde, a clínica e a epidemiologia, as quais irão instruir, respectivamente, o saber clínico – a particularidade individual do adoecimento, recortando o seu objeto de trabalho pela idéia da doença no corpo anátomo -fisiológico individual e o saber sanitário – relativo ao espaço propriamente público da saúde, recortando o seu objeto de trabalho pela idéia de doença no coletivo.(1996, p.52)

Baseados nestes marcos teóricos, descreveremos os modelos tecno-assistenciais mais importantes da atualidade brasileira, dentro do campo da saúde coletiva, procurando evidenciar como apreendem as necessidades de saúde e organizam suas respostas. Além disto, procuraremos trazer para a discussão as críticas que alguns autores têm feito sobre as limitações destes modelos quanto a corresponder às necessidades de saúde, assim como suas próprias formulações que, se não chegam a constituir projetos tecnológicos acabados, devem também ser objeto de reflexão para a nossa discussão.

A Prática programática ou Ação programática em saúde

Nemes (1996), autora que se tem pautado na defesa deste modelo, fundamenta a proposta da prática programática apoiada em grande medida nos trabalhos de Gonçalves e Schraiber. Para ela, a ação programática pode ser definida como “uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica”.(1996, p.48)

Segundo Nemes, as idéias da ação programática estão assentadas na proposta da programação, modelo implantado nos anos 70, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tendo também raízes no projeto da reforma sanitária brasileira (1996, p.54-56).

O antigo modelo da programação surgiu no bojo de uma crise institucional frente à opinião pública, em decorrência de uma série de distorções na política de saúde nacional que, a partir do processo de centralização instituído em 1964, passa a privilegiar o modelo previdenciário, mercantilista, centrado na assistência médica individual, em

detrimento da saúde pública. Como resposta a essa situação de crise, o Governo Federal lança alguns projetos, como os programas de extensão de cobertura dirigidos a grupos excluídos dos serviços previdenciários. Em São Paulo este modelo conseguiu ser implantado razoavelmente, o que levou Merhy (1997 c) a atribuir dois ganhos a esta proposta: pelos avanços no planejamento e a incorporação da assistência médica como instrumental da saúde pública. No entanto, este autor aponta grandes distorções na proposta uma vez implantada, responsáveis pela baixa efetividade no decorrer do tempo, pois não conseguiu romper a dicotomia do campo tecnológico e assistencial vigente, representado, de um lado, pela assistência médica previdenciária e de outro, pela saúde pública. Acrescente-se a isto, o fato dos programas, além de operarem com os recursos escassos da saúde pública, voltarem-se pesadamente para o equacionamento das complicadas relações entre eficiência e eficácia das técnicas programadas.(Merhy,1997 c)

Schraiber considera para a discussão da ação programática a necessidade de diferenciar programa de saúde e modelo assistencial, não interessando neste momento a dimensão da programação enquanto técnica de planejamento, mas tão somente como modelo tecnológico, ou seja, considerando somente os instrumentos operatórios que propõe para o trabalho assistencial. Diz a autora:

Nesta situação, a programação ainda que incorpore os pressupostos teórico-metodológicos da técnica do planejamento, e até alguns de seus dispositivos instrumentais, não se reduz a ela, agregando, como parte de seus fundamentos, tanto o princípio da integração sanitária, quanto o princípio da hierarquia do cuidado. (Schraiber, 1990, p. 21)

Para Schraiber, estes novos princípios serão suficientes para que a programação possibilite a articulação no seu interior das ações de saúde, individuais e coletivas, desfazendo assim a tradicional dicotomia prevenção/cura, como também a fragmentação e a separação das ações, comumente encontradas nos programas de saúde.(1990, p.21)

A ação programática também é vista por Nemes como herdeira da reforma sanitária tendo em vista as necessidades de mudança que tiveram que ocorrer em função das novas formulações baseadas no princípio ético-político “Saúde: Direito de Todos e Dever do Estado” e das modificações na política de saúde que as antecederam, fruto do que se convencionou chamar “Crise da Previdência Social”. Estas novas necessidades podem

ser expressas pela incorporação da assistência médica na rede pública e pela concepção de rede básica como porta de entrada dos serviços de saúde.(Nemes,1996, p.56-57)

Nemes propõe a ação programática como modelo de organização do trabalho em saúde, caracterizado por ser de corte técnico normativo, apoiado na busca de "um horizonte ético claro e intersubjetivamente aberto", voltado para a construção de "práticas de saúde orientadas pelos valores da emancipação humana".(Nemes,1996, p.61)

Esta proposta tem sua base tecnológica assentada na epidemiologia, ou seja, é o conhecimento epidemiológico que dirige a escolha dos objetos de trabalho, - a doença no plano coletivo -, mas que apesar disso, também apreende a doença do mesmo jeito que a clínica faz no plano individual, qual seja, no limite da doença, ou mais precisamente através dos riscos de adoecer.(Nemes,1996, p.61)

Merhy pontua suas críticas à proposta da ação programática argumentando que as necessidades de saúde são conformadas por um conjunto de determinações estruturais, que as ordenam em conformidade com a constituição das práticas de saúde, enquanto práticas sociais solidárias à organização histórico social das sociedades capitalistas. Nas sociedades capitalistas, as ações individuais de saúde, em particular a assistência médica expressa no modelo tecnológico de ação da clínica e da medicina de modo geral, impõem uma linha determinante de conformação de serviços e práticas implicadas com o modelo capitalista. Este processo condiciona necessidades, tanto na dimensão individual, quanto na coletiva. A ação programática, ao tomar a dimensão coletiva destas carências ou necessidades, redefine o universo das necessidades e conseqüentemente o processo de estruturação das práticas de saúde. Por esta visão, a epidemiologia passa a ser o saber técnico fundamental que permite a redefinição das necessidades e o planejamento de uma nova linha de intervenções. A crítica colocada dá-se pela inflexibilidade de interferência neste processo por outros elementos, no caso por novas relações profissionais-usuários, que não sejam os próprios saberes estruturados.(Merhy,1995)

Nemes pensa diferentemente, uma vez que considera também a diversidade de sofrimentos/condições de vida que caracterizam as necessidades de saúde, advogando que a proposta pressupõe recorrer a outros saberes, além da epidemiologia, para realizar a prática da ação programática nos serviços. No entanto, chama a atenção para o risco de que esses

novos saberes e estas novas práticas possam simplesmente ser agregados às intervenções de cunho biológico, consideradas prioritárias. Assim, reforça a necessidade de novas articulações entre saberes e instrumentos, lembrando que, entre estes, existem agentes operadores e que todo trabalho tem uma intencionalidade.(Nemes,1996, p.62-63)

Defende atentar ainda a normatização de conteúdos mínimos na abordagem anamnésica para diferentes grupos de pacientes, assim como para demandas de caráter clínico nas intervenções preventivas e educativas. Com relação à terapêutica, também levanta a necessidade de certo número de padrões. Para ela, a avaliação torna-se imperativa. Por fim, destaca a dimensão comunicativa do trabalho, uma vez que "a ação programática tem compromisso com a criação de instrumentos que favoreçam a criação de sujeitos, avaliações que incorporem positivamente caminhos antes que de resultados".(Nemes,1996, p.63)

Dalmaso, outra autora que defende a ação programática, reconhece que embora exista tensão nas formas de atuação do pronto-atendimento e dos programas de saúde, a ação programática "pressupõe possibilidades de integração de modalidades e momentos diversos de apreensão e intervenção em objetos de trabalho, redirecionando objetivos e conteúdos". Usa como exemplo a experiência do CS. Escola Butantã, onde alguns dispositivos são experimentados: triagem dos casos mais graves ou que necessitem isolamento, acoplagem à consulta da queixa, uma triagem ativa para atividades programáticas previstas para grupos específicos de indivíduos (adolescentes, mulheres, idosos).(Dalmaso,1996, p.151-163)

Sistemas Locais de Saúde (Silos), Vigilância à Saúde

No Brasil o modelo proposto pelos sistemas locais de saúde (Silos), oriundo da OPAS, encontrou seu eixo de sustentação nas discussões da distritalização, defendida por vários autores como o projeto que facilitaria a descentralização das decisões, a compreensão dos problemas locais e o acesso da população aos serviços de saúde. (Silva Jr.,1998, p.72)

A proposta Silos tem como um dos principais princípios a idéia de promoção à saúde, frequentemente associada à Carta de Ottawa, documento extraído na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada no Canadá, em 1986, que afirma como requisitos fundamentais para a saúde, a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a justiça social e a equidade. (Silva Jr.,1998, p.78)

Segundo Silva Jr., a concepção de saúde-doença deste modelo tem como referência a epidemiologia social latino-americana, a qual enfatiza "o vínculo saúde condições de vida", como fio condutor para "a construção de uma teoria explicativa que correlacione as dimensões biológicas, ecológicas, da consciência e da conduta e dos processos econômicos, com base no conceito de reprodução social".(1998, p.77)

Além das contribuições da epidemiologia social, outro apoio importante para consubstanciar a proposta Silos, no Brasil, foram as reflexões do pensamento estratégico de Testa, principalmente o diagnóstico em saúde, para propiciar o melhor conhecimento dos problemas. (Testa, 1989) A aplicação da metodologia deste autor, segundo Silva Jr., permite no final a formulação de propostas programático-estratégicas, que serão utilizadas posteriormente no desenvolvimento da proposta Silos. (1998)

A proposta Silos, no Brasil, tem como elementos estruturantes os seguintes conceitos-chave: (Mendes,1993 e Silva Jr. 1998)

- a) Território: a base territorial é inerente à concepção de distrito sanitário. O conceito de território, trabalhado por vários autores da saúde, conforme assinala Silva Jr., é inspirado no conceito de território-processo de Milton Santos, "espaço em permanente construção, fruto da disputa entre sujeitos sociais numa determinada arena política". (1998, p.78)

Unglert (1993) trabalha o conceito de território como processo que nunca está acabado, espaço de tensão onde necessidades cobram respostas de serviços.

Distrito sanitário, para Mendes, seria o espaço operacional em que um sistema de saúde adquire concretude, onde se estabelece uma relação direta e recíproca entre unidades produtoras de serviços, geridas por uma autoridade sanitária e uma população com suas necessidades e representações.(Mendes,1993, p.139)

Para este autor, o que se busca com a construção dos distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço social e territorial do distrito sanitário.

A visão do território, defendida por estes autores, transcende o espaço geográfico para um território econômico, político, cultural e social, daí ser visto como em movimento, como processo. Conforme a necessidades das intervenções pode ser subdividido, por exemplo em: território-área - representaria a área de abrangência de uma unidade para a prática de atenção à demanda; território-microárea, - aproxima-se do conceito de área homogênea de risco, baseado no fato de que os problemas se distribuem assimetricamente no território, para a prática da vigilância à saúde.(Mendes et al,1993, p.167-169, Unglert,1993, p.223)

b) O enfoque por problemas diferencia-se do enfoque por programas, pois este pressupõe uma definição apriorística dos problemas de saúde, por doenças, por etapas do ciclo biológico humano, etc. Em geral, o enfoque por programas compõe-se por práticas subordinadas à prática médica, que não levam em consideração os diferentes recortes da realidade, estruturando-se por saberes específicos. O enfoque por problemas pressupõe o conhecimento e o envolvimento com a complexidade do território, levando em consideração reflexões de Castellanos⁴, ao dizer que o perfil de saúde-doença de uma população está intrinsecamente vinculado às suas condições objetivas de existência. "As condições objetivas de existência são uma forma particular de inserção no processo produtivo, de participação no consumo, de relacionamento com o meio ambiente e de participação no processo político e na tomada de decisões." (Mendes et al,1993, p.169-176)

⁴ CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. Cuadernos Médico-Sociales, CESS. Rosario, Argentina, 1987.

Para Mendes, trabalhar segundo o enfoque de problemas significa reconhecer a priorização do trabalho sanitário sobre o trabalho clínico. Significa considerar que embora não se deva negar a importância do trabalho clínico, este deve subordinar-se à organização do processo de trabalho sanitário, que tem suas raízes ancoradas na epidemiologia. Apoiando-se em Castellanos⁵, destaca a relação entre a epidemiologia e a clínica, através do conceito de alto risco, lembrando as ações sobre indivíduos, em função de apresentarem maior frequência ou intensidade de determinados fatores considerados causais. Contudo, para Mendes, a proposta da epidemiologia na distritalização não é esta, mas sim de uma epidemiologia baseada numa estratégia populacional, ou de saúde pública, que coloca esforços na transformação das condições de vida de grupos de populações e na modificação de sua situação geral de saúde.(Mendes,1993, p.142)

c) Práticas sanitárias são aqui definidas como “o conjunto de processos de trabalho – articulados em operações – que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado. A organização dessas práticas parte do processo de identificação, descrição e análise dos problemas, com base nos quais se estabelecem as suas formas de enfrentamento.”(Mendes et al,1993, p.176)

A prática de atenção à demanda, destinada a enfrentar problemas ocasionais, autopercebidos, é colocada como fundamental porque é a que confere legitimação social, propicia captação de casos e informações sobre situações de risco.(Mendes et al,1993, p.177)

A outra prática, pretendida como "hegemônica" no processo de distritalização, é a vigilância à saúde:

nova prática interdisciplinar ... integra diferentes saberes e fazeres intra e extra-setoriais, que se investem de nova qualidade ao se articularem, organizados pela lógica epidemiológica, para o enfrentamento de problemas concretos, num território determinado, de forma contínua, para impactá-los positivamente (Mendes et al,1993, p.179).

⁵ CASTELLANOS, P. L. La epidemiologia y la organizacion de los sistemas de salud. In: PAGANINI, J.M.; CAPOTE, R. M. Sistemas Locales de Salud.Washington, OPAS. Publicacion Científica, 519, 1990.

Dentre os princípios organizativos-assistenciais do distrito sanitário, destacam-se: o impacto - a capacidade de alterar para melhor os níveis de mortalidade, morbidade, ou incapacidade; orientação por problemas - exige explicação situacional, até a identificação de nós críticos, montagem de operações, em que se articulam recursos de poder e capacidade organizativa para o seu enfrentamento; intersetorialidade - necessidade de operações articuladoras para ações setoriais e intersetoriais, uma vez que os problemas freqüentemente exigem ações que estão fora dos limites convencionais do setor saúde; planejamento e programação local - os instrumentos devem estimular o desenvolvimento de seres criativos que no espaço local sejam capazes de descrever, compreender, explicar e propor intervenções, assim como avaliar resultados numa relação negociada entre os diferentes atores em cena; hierarquização - insuficiência tecnológica de cada nível de atenção e referência e contra-referência; integralidade - pelas práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância à saúde; adscrição - construção de relações de responsabilização entre a população e os serviços de saúde, de forma pactuada, equipes de saúde-paciente, médico-paciente, equipe de saúde-coletivos, equipes de saúde-coletivos sociais.(Mendes et al,1993, p.159-183)

Formulações do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

Merhy, tomando a rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS, realizou um extenso trabalho buscando identificar em momentos-chaves passados pela saúde pública brasileira, como o conjunto das “matrizes de pensamento” ou “ideários” influenciaram a questão da rede básica e de sua modelagem tecno-assistencial. Nesse percurso, observa para o momento atual, que o desafio em operar integralizadamente a racionalidade médica e a sanitária não está equacionado. Na sua opinião, a rede básica para cumprir seu papel de porta de entrada do conjunto de serviços de saúde, diferentemente da perspectiva do modelo médico-sanitário das décadas de 60 e 70, deveria incorporar a assistência médica, não mais como instrumento de programa de saúde pública. Nem tampouco, segundo a visão médica hegemônica, que enxerga os problemas enquadrados sob um "raciocínio biologicista e naturalista", "no qual a doença começaria gradualmente, ..., e iria se tornando complexa até a constituição de um quadro

biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica" (Merhy,1997 c, p.221). O autor critica as intervenções médicas propostas, caracterizadas por atos clínicos/terapêuticos, conforme uma complexidade tecnológica crescente e uma necessidade premente de definição de custo/eficácia para estas ações.

Esta variante pode até produzir uma rede que não caia no eixo queixa-procedimento, que realize uma assistência médica primária com um certo grau de resolutividade, em termos médicos, mas mesmo assim, o eixo central desta rede/porta de entrada é centrado não na unificação efetiva das ações, mas na redução medicalizante do conjunto destas ações, dentro de uma perspectiva da medicina tecnológica, que ao invés de gerar usuários autônomos, produz o oposto (Merhy,1997 c, p.222).

Considera que não basta simplesmente incorporar tecnologias já acumuladas em outras experiências, ou agregar assistência médica à saúde pública no mesmo espaço institucional. Torna-se necessário "um repensar mais radical sobre a publicização da gestão do processo de trabalho em saúde e sobre a natureza e o sentido das tecnologias em saúde" (Merhy,1997 c, p.224).

Para ele, é no espaço político, na gestão cotidiana dos serviços que se pode dar a transformação do processo de trabalho, desde que se assuma que tanto as dimensões tecnológicas como as assistenciais não são neutras, e portanto, o cotidiano é permeado por interesses sociais diversos. Desta maneira, caberia a politização deste cotidiano, através de uma gerência centrada no interesse dos usuários, individuais e coletivos, que procure formas de expressão para os diversos interesses em disputa, pois será, para Merhy, na relação cotidiana usuário-trabalhador de cada estabelecimento de saúde que se construirá um novo modelo de atenção.(Merhy,1997 c, p.225)

Recomenda que as ações individuais e coletivas de saúde devam fazer parte de um cardápio tecnológico de intervenções para serem utilizadas conforme as necessidades (individuais ou sentidas e coletivas), associadas ou não, com flexibilidade para compor diferentes configurações tecnológicas, conforme cada situação concreta, chamando atenção para os interesses,

para os quais aqueles centrados nos usuários e na sua maneira de representar seus sofrimentos enquanto problemas de saúde, devem ser tomados como estratégicos, sendo um desafio articulá-los com o modo

como são percebidos pelos saberes estruturados (clínicos/epidemiológicos, entre outros), ordenando-os dentro de uma perspectiva de produzir em todos os estabelecimentos de saúde: acolhimento, vinculação, responsabilização, compromisso de procurar soluções efetivas para as suas inquietações, ao mesmo tempo que deve procurar gerar maiores graus de autonomia dos usuários, diante do modo de andar a vida, promovendo e protegendo a saúde no nível coletivo (Merhy,1997 c, p.227)

Para Merhy (1997a), características do modelo médico liberal privatista também se fazem presentes nas instituições públicas. Nestas instituições, o usuário (individual ou coletivo) torna-se, da mesma maneira, um mero depositário de problemas de saúde, que só poderão ser reconhecidos pelos saberes legitimados pelo modelo, tanto da clínica, como da epidemiologia, passando assim o universo das necessidades de saúde a constituir-se propriedade de alguns trabalhadores, de acordo com a concepção hegemônica do modelo. Segundo esta lógica, são definidas, não só o que se considera como necessidades, como também as formas de abordá-las e de resolvê-las. Este modelo, centrado no profissional médico, condiciona uma postura nos trabalhadores de saúde de tratar o usuário de forma impessoal, objetivante e descompromissada. (Merhy,1997 a, p.121-122)

No modelo liberal privatista, a relação trabalhador/usuário dá-se por princípios de valores de troca - o usuário é reduzido a um corpo, individual ou coletivo, que porta problemas identificáveis pelos saberes estruturados e o trabalhador é mero depositário do saber que o comanda. Desta forma, a relação trabalhador/usuário é permeada por rituais, onde os problemas trazidos terão que enquadrar-se aos padrões estabelecidos, gerando conseqüentemente soluções limitadas.(Merhy,1997a, p.119)

Mesmo admitindo gradualidade nas expectativas, o usuário espera da relação com os serviços de saúde acolhimento e soluções efetivas que o satisfaçam, ações que tragam melhoria em sua vida, que consigam lhe dar mais capacidade de enfrentar o cotidiano; espera tornar-se mais conhecedor de seus problemas, inclusive maior capacidade para enfrentá-los em seu caminhar pela vida, ou seja, espera também, ser mais autônomo no seu caminhar.(Merhy,1997a, p.120)

Merhy chama atenção para a presença dessas expectativas mesmo em se tratando de problemas de saúde em sua dimensão coletiva, esclarecendo a importância em aumentar a capacidade dos usuários de interferir nos riscos aos quais estão submetidos.(Merhy,1997a, p.121)

Na sua opinião, haverá que se trabalhar a possibilidade de um novo modo de atuar na saúde, que tenha como eixo central a construção de um novo agir por parte dos trabalhadores, uma nova relação com o sofrimento e com a vida, tanto na dimensão individual, quanto na coletiva.(Merhy, 1997a, p.123-125)

Para ele, este novo modo de agir passa pela reconstrução da autonomia do trabalhador e pela construção de um processo que publicize os espaços institucionais, com a presença do conjunto de atores interessados na saúde, em particular dos usuários.(Merhy,1997a, p.123-125)

Merhy vai mergulhar no espaço micropolítico do trabalho para buscar dispositivos de mudanças que recoloquem o interesse do(s) usuário(s) como o referencial do trabalho em saúde. Espaço, segundo o autor, de produção permanente de "subjetividades", de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades. (Merhy,1997b, p.72)

Utilizando como "ferramenta" o que denomina "fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde", vai adentrar a um serviço e fixar-se no encontro entre um usuário, portador de uma necessidade, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, encontro que, em geral, envolve situações não necessariamente equivalentes.(Merhy,1997b, p.73-76) O trabalhador, também portando necessidades, estaria no entanto numa situação privilegiada, operando num espaço de "autogoverno", com possibilidades inclusive de "privatizar" o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem perceber a pertinência ou não de sua atuação. Merhy, também discute este encontro sob o ponto de vista das decisões tomadas - simples negação de atendimento, ou negação realizada dentro de uma lógica de escuta e de acolhimento. Nesse sentido, o espaço é definido pelo autor como um espaço interseção trabalhador/usuário (processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações,

reconhecimento de direitos e deveres, processo de decisões, que possibilitarão intervenções eficazes, para necessidades trazidas pelos usuários).(Merhy,1997b, p.76-80)

Merhy, apoiando-se em conceitos ligados à corrente marxista e ao trabalho de Gonçalves, irá desenvolver como os conceitos de trabalho morto, trabalho vivo e trabalho em ato podem ser incorporados na discussão sobre a possibilidade do trabalhador na saúde operar numa lógica de "autogoverno", ou seja, das possibilidades do trabalho vivo em ato, na saúde, poder se constituir em trabalho criativo, com autonomia, trabalho não capturado pelo trabalho morto dos saberes tecnológicos instituídos. Discute esta questão, introduzindo os conceitos de valor de uso (consumo imediato) e valor de troca (consumo não imediato, mediado pelo mercado). Apoiando-se em Campos, diz que no caso da saúde o usuário busca o consumo de algo que tem valor de uso fundamental, a manutenção ou o restabelecimento de sua saúde, mediado pela troca que lhe permite o acesso a algo que para ele tem valor de uso por produzir um "bem", diferente, no entanto, de outros processos de trabalho. Aqui, o consumo dá-se imediatamente na produção da ação e esta não é ofertada no mercado como coisa externa. Na produção/consumo na saúde,

temos a construção de um espaço interseção entre o usuário e o trabalhador produtor do ato (e isto vale mesmo para as ações coletivas de saúde, para não ficarmos com a imagem que só existe nos momentos individualizados), no qual o trabalhador vem instituindo necessidades e modos capturados (e em processos de captura) de agir e o usuário também. Neste momento temos um encontro e uma negociação, em ato do encontro de necessidades (Merhy, 1997b, p. 87-88).

O espaço interseção, característico do modo de operar necessidades na saúde, permite o reconhecimento da diferenciação do processo de produção das práticas de saúde dos demais processos produtivos e as possibilidades do trabalho vivo em ato no jogo das necessidades de saúde.(Merhy,1997b, p.80-95)

O acolhimento e o vínculo são tratados como componentes do universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde e considerados "o substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde, se forem "capturados" para criarem graus de autonomia deste no seu modo de caminhar na vida, instituindo suas normas vitais."(Merhy,1997b, p.107)

Campos (1992), repensando o SUS, expõe várias idéias e propostas, tendo como objetivo reformas no modelo assistencial para o enfrentamento do modelo privatista-liberal. Para a porta de entrada do sistema, propõe inspirar-se nas noções da integração sanitária. Desenvolver alternativas assistenciais que incorporem aquilo que julga positivo no modelo do consultório clínico – relacionamento estreito entre paciente e profissional de saúde, ao mesmo tempo que incorpore a prática de outros saberes, não simplesmente aqueles exclusivos do médico. Ter como uma de suas metas a desospitalização gradativa. As unidades de saúde teriam de ser capacitadas para prestar pronta-atenção às intercorrências clínicas em toda a sua abrangência, desde alívio do sofrimento psíquico ou físico agudos, agravamentos de problemas crônicos, urgências de pequena ou moderada gravidade, etc. Assegurar a continuidade do acompanhamento para aqueles usuários considerados necessitados pelas equipes. Pensar em alternativas que desloquem o papel da clínica para além de instrumento de reprodução da força de trabalho, ou simplesmente de medicalização e iatrogenização de problemas de ordem afetiva ou social. O trabalho deveria se moldar para a busca de condições facilitadoras para a reprodução da vida das pessoas, o que pressupõe construir novas relações entre usuário-trabalhador, de forma a permitir o trabalho de expectativas conflitantes. Estruturar a organização do trabalho em equipes, quebrando a costumeira separação dos profissionais conforme as categorias de origem, passando a responsabilizá-las por um conjunto de problemas ou de grupos de pacientes. Promover a adscrição gradual da clientela, não direta e exclusivamente ao médico, mas às equipes que se forem constituindo. Seu objetivo seria facilitar a quebra da impessoalidade e a burocracia reinante nos serviços de saúde. Estes grupos teriam autonomia para organizar seus processos de trabalho e estabelecer seus próprios objetivos e metas, naturalmente obedecendo os limites das diretrizes gerais. Tudo isto conformaria um plano local, instrumento orientador de gerência e de avaliação. Esta proposta não anularia o papel específico das categorias profissionais, mas garantiria a responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho. Neste esquema, haveria divisão de trabalho entre as categorias e o somatório de suas práticas é que garantiria a integralidade das ações. Defende uma prática em que as ações sejam desenvolvidas de forma criativa, articuladas, para atender os condicionantes epidemiológicos e sociais, considerando ainda as diferenças individuais, coletivas e de cada situação específica. Chama a atenção para o atendimento das

subjetividades da clientela e conseqüentemente da necessidade de pensar-se cuidados diferentes a cada caso. Não descarta a possibilidade das unidades contarem com outras equipes de apoio, por exemplo, equipes de saúde mental, sempre dependendo de cada situação específica. Enfatiza a flexibilidade da organização dos processos de trabalho, a autonomia local e o esvaziamento gradativo do hospital. Caminhar no sentido de incorporar a demanda e depois reorientá-la, exige legitimidade técnica e social. Nova e dialética relação entre serviços e demanda/necessidades de saúde,

a subjetividade e a individualidade de cada pessoa em sua relação com a doença, com o sofrimento, com a dor, em alguma medida se expressam no movimento de busca por atenção na demanda, ... negá-la, substituindo-a completamente por critérios de acesso de ordem técnica ou administrativa, é retirar dos serviços públicos de saúde a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas semelhantes, mas que se expressam de forma diferente, conforme a história de cada cidadão (Campos,1992, p.168-169).

Com relação à dimensão social do processo saúde-doença, considera, como Merhy, a epidemiologia um instrumento necessário ao planejamento, mas não o único, uma vez que não teria sensibilidade nem especificidade para apontar todas as necessidades de saúde. Na sua opinião, a epidemiologia deveria se “constituir num método complementar aos requisitos da demanda por atenção e, até mesmo, estabelecer com ela uma polêmica produtiva, já que a procura por serviços é também condicionada por determinações distorcidas pelo mercado de saúde”(Campos,1992, p.189).

Campos, discutindo o que considera impasse para a reforma sanitária, levanta, entre outras questões, o viés estruturalista da saúde pública. Para ele, superar este impasse requer a construção de novas diretrizes. Primeiro, de um novo conhecimento e de novas formas de dirigir organizações, onde se supere o eixo central de todas as escolas que buscam, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos, transformando-os em insumos, ou objetos. Discute a necessidade de governar produzindo sujeitos, intervindo simultaneamente em pessoas, em estruturas e em suas relações.(Campos,1997a, p.29-41)

Como outra diretriz, defende que se realizem esforços para diminuir a distância entre os que comandam, planejam e a maioria executante de ações e serviços.(Campos,1997a, p.29-41)

Por fim, propõe que se invente novos modos de organizar as práticas da clínica e da saúde pública. Inventar "novos modos de andar a vida", sair dos esquemas teóricos vigentes - "todo olhar dos profissionais de saúde estaria demarcado pela estruturação do saber clínico, independente do sujeito e do contexto."(Campos,1997a, p.29-41)

O autor também propõe, além de mudar a estrutura organizacional e os modos de governar os serviços públicos de saúde, investir na produção de sujeitos coletivos, autônomos e socialmente responsáveis, que se auto produzam.

Com relação às práticas clínica e da saúde pública propõe que se redefina a sua função social. Para a sua reformulação, pensa em novos critérios para delimitar a noção de cura. Campos traz de volta a presença de Canguilhen. Diz que se deveria prosseguir a leitura de Canguilhen, além do que seu raciocínio parecia inicialmente sugerir - "a ênfase na descoberta de que a doença era percebida a partir de normas socialmente construídas e não se fundava exclusivamente em supostos valores anormais, eternamente válidos e escritos desde sempre na natureza, somente à espera de que algum cientista os viesse desvendá-lo." (Campos,1997a, p.49)

Neste sentido, cita alguns conceitos daquele autor, procurando evidenciar o sentido dinâmico com que Canguilhen conceitua a saúde e a doença.

"para o homem a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite (Canguilhem, 1995, p.163)".

"A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valores, de instaurador de normas vitais."(Canguilhem, 1995, p.163)

Campos, ainda utilizando-se de Canguilhen, sintetiza:

Contudo, o dinamismo, o subjetivismo e o relativismo cultural dessas noções não anulam a irredutibilidade desses valores para um dado indivíduo, vivendo em um certo tempo e em certo espaço social e geográfico. Tampouco mascaram a estreita vinculação dessa instauração

de normas vitais com os desejos, interesses e necessidades de cada um e de toda uma coletividade. Ou seja, saúde pressupõe uma certa capacidade de utilização de instrumentos naturais e artificiais - socialmente construídos, como o foram a clínica e a saúde pública - com o intuito de afastar a dor, o sofrimento e a morte (Campos, 1997a, p.50).

Baseando-se justamente nesta irredutibilidade, propõe uma reconstrução do conceito de cura - "curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do coeficiente de autonomia dessa própria pessoa"(Campos,1997a, p.50).

Na sua opinião, mesmo considerando toda ordem de limitações, as instituições de saúde deveriam ajudar cada cliente a melhor utilizar seus recursos próprios (auto-cuidado), partindo sempre do reconhecimento da vontade e do desejo de cura de cada um (autonomia), assim como deveriam procurar oferecer recursos institucionais voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Dessa forma, todo processo terapêutico deveria estar voltado para aumentar a capacidade de autonomia dos usuários, para melhorar o entendimento do próprio corpo, de suas relações com o meio social e, conseqüentemente, da capacidade de cada um instituir normas que lhes possam ampliar a sobrevivência e a qualidade de vida. (Campos,1997a, p.50)

Dos profissionais de saúde, exigiria uma abordagem mais integral e holística de cada caso, com procedimentos mais ligados ao psíquico, à reeducação sanitária, o que contribuiria para a superação na prática, do mecanicismo biologicista e reducionista, vigente na prática clínica. (Campos,1997a, p.50-51)

Considera que, para cumprir a mudança de intervenção terapêutica, dever-se-ia trazer para o espaço da prática clínica "a valorização da fala e da escuta", entendidas como outra "forma de comunicação entre o profissional/paciente" e entre "o serviço/comunidade", possibilitando o surgimento de formas de "contratos" diferentes do contrato econômico-profissional, próprio da clínica privada. Formas essas, em que a opinião dos pacientes sobre a percepção de males, doenças e seus recursos pesem na definição dos processos terapêuticos instituídos. Este "novo contrato" poderia ser visto como um "contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e das equipes de saúde".

Campos trabalha com os conceitos de acolhimento e vínculo de forma indissociáveis. Vínculo profissional/equipe de saúde com o usuário é visto como um dos instrumentos capazes de potencializar transformações na prática clínica. A idéia do vínculo está relacionada tanto à busca de maior eficácia da prática, como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos, profissionais e pacientes. Para ele, "só há vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas"(Campos, 1997a, p.53).

A noção de vínculo está associada às noções de acolhimento e contrato, com a mesma intenção, qual seja, a de transformar a prática clínica para aumentar a eficácia das ações de saúde e introduzir no espaço dos serviços públicos o controle social dos próprios interessados, no mesmo momento em que os cuidados estão sendo produzidos.(Campos, 1997a, p.53)

Acolhimento é defendido em duas perspectivas, não só pela abertura dos serviços para a demanda e para a responsabilização pelos problemas de saúde de uma região, como também, pela possibilidade de aumentar a plasticidade e a flexibilidade do modelo de atenção.(Campos, 1997a, p.53)

Campos deixa claro que suas propostas guardam um certo antagonismo com as diretrizes de hierarquização e de regionalização, assim explicado:

Sempre que dividamos as atribuições e responsabilidades dos serviços, segundo as fases mais ou menos complexas da história de cada caso, estaremos sempre empurrando os pacientes a um circuito cinzento, onde perde-se a centralidade do vínculo e relativiza-se o império da acolhida (Campos,1997a, p.64).

O Programa de Saúde da Família (PSF)

O Ministério da Saúde vem assumindo o compromisso com a implantação do PSF desde 1994, "com a missão de reorganizar as unidades básicas de saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e

responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa." (Sousa et al.,2000)

Segundo Vasconcelos (1999), esta orientação segue um movimento internacional de priorização política da família, que teve como marco a escolha do ano de 1994, como Ano Internacional da Família pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Alguns autores têm-se referido ao PSF como "uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo" e não simplesmente "como mais um programa, na tradição corrente do Ministério da Saúde."(Leucovitz e Garrido,1996) Além disto, têm-se enfatizado que a estratégia de implantação do PSF é "parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS"(Cordeiro,1996).

Vejamos o que dizem os autores que defendem o PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial.

O PSF pretende substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante do sistema.... não adianta nada deixar a unidade de saúde como está e vincular a ela uma equipe de PSF. ... Tecnicamente, a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema, com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional à uma lógica de promoção à saúde. ... a unidade se insere no sistema de saúde de forma orgânica e não isolada. Isso significa se responsabilizar com todos os nós do sistema, sendo parte crítica de sua organização. ... No modelo atual dominante ..., centra-se a atuação na doença, quase sempre a partir da demanda espontânea aos serviços, com ênfase na medicina curativa. ... o que se busca é a integralidade da assistência, respondendo à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada. ... no modelo hegemônico podemos observar um processo de objetivação do indivíduo, ... no PSF se pretende tratar do indivíduo como sujeito integrado ao seu entorno, a partir de ações que valorizem essa dimensão mais globalizante. ... busca de transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação como no seu saber, para um trabalho em equipe, que abre as vertentes do conhecimento e da vinculação social. ... em termos conceituais pode haver uma certa tensão entre adscrição e universalidade ... o momento desta prática substitutiva vai ter que se fazer ancorado num horizonte técnico - a adscrição das famílias -, mas inspirado por uma realidade - a defesa da universalidade da atenção (Leucovitz e Garrido,1996).

Operacionalmente a mudança proposta está fortemente centrada na idéia da atenção prestada por uma equipe de saúde, composta em sua forma mais simplificada por médicos “generalistas”, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, dirigida à uma população adscrita, tomando como base da atenção a unidade familiar, situação considerada facilitadora para o exercício do vínculo e da responsabilidade, assim como para a realização da integralidade da assistência.

Defendendo a proposta do PSF, Cordeiro (1996) faz sua crítica ao modelo atual, em particular o incremento continuado de gastos relativos à incorporação de tecnologias cada vez mais caras, da concentração de atendimentos no hospital e do baixo impacto dessas ações na saúde. Faz uma longa discussão sobre a hegemonia do complexo médico-empresarial e de suas restrições para a construção do SUS, expressas pela desigualdade na divisão social do trabalho em saúde, particularmente do trabalho médico e suas conseqüências – fragmentação e parcialização do cuidado, objetivação do usuário. Chama atenção para a reprodução dessas distorções da prática médica nos aparelhos de formação e para o peso que a incorporação das tecnologias avançadas joga sobre a manutenção do modelo hospitalocêntrico. É sob este marco referencial que o autor preconiza a generalização do PSF, tendo como objetivos “alterar a formação dos profissionais de saúde, a oferta de postos de trabalho e as formas de remuneração”.

Sousa et al. (2000) descrevem as seguintes atividades como nucleares da proposta:

- 1- as unidades básicas de saúde da família são responsáveis por um território geográfico onde vive um determinado número de pessoas;
- 2- todas as famílias deste território são cadastradas pelas equipes de saúde da família;
- 3- a partir do cadastramento, juntamente com as lideranças comunitárias locais, a equipe realiza o diagnóstico da comunidade que está sob sua responsabilidade;
- 4- com as informações do cadastramento e do diagnóstico, a equipe de saúde pode identificar quais são as pessoas ou famílias que precisam de atenção

- especial, seja porque já existe uma situação de desequilíbrio instalada, seja porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer;
- 5- a partir desta identificação, a equipe prioriza as ações programáticas (saúde da mulher, da criança, doenças crônico-degenerativas, etc.) requeridas para o enfrentamento dos problemas identificados;
 - 6- o vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias propicia espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde;
 - 7- o trabalho desta equipe potencializa as parcerias e articulações intersetoriais, uma vez que identifica problemas cuja resolução requer ações que transcendem a responsabilidade única do setor saúde.

Como resumo, podemos dizer que o PSF apresenta os seguintes elementos tecnológicos: território, adscrição de clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, identificação de risco, priorização de ações programáticas, atenção integral, vínculo, articulações intersetoriais e controle social.

Modelos tecno-assistenciais e modelagens.

No quadro 1, a seguir, apresentamos uma síntese do que consideramos como principais componentes tecnológicos dos modelos tecno-assistenciais analisados.

Analisando estas composições, não há como deixar de perceber que vários componentes tecnológicos estão presentes em mais de um modelo, alguns convivendo, mesmo que de forma conflituosa, com outros, dentro do mesmo modelo.

Tomando como exemplo a clínica, percebe-se que tanto no modelo da ação programática como no modelo da vigilância em saúde, não existem propostas para interferir diretamente na sua forma hegemônica. Ambos utilizam-se da epidemiologia para selecionar os problemas que serão assumidos na organização da atenção. Os dois modelos utilizam inclusive o espaço da demanda espontânea, para triar casos e organizar a prática programática, orientada pelos princípios da integração sanitária e da organização do cuidado.

Diferentemente, os docentes da Unicamp têm como foco central o enfrentamento da clínica hegemônica, buscando reformulá-la a partir da demanda espontânea. Para isto, defendem uma atenção centrada no interesse dos usuários, na forma com que estes manifestam seus sofrimentos, cabendo aos profissionais procurar articulá-los com o modo como são percebidos pelos saberes estruturados, tanto da clínica, como da epidemiologia. Esta é entendida como um instrumento complementar aos requisitos da demanda por atenção.

Na nossa opinião, o que a composição tecnológica demonstra é que na verdade existem dois modelos, que podemos considerar como polares - o modelo da consulta e o modelo da saúde pública - frutos da forma paralela com que o campo da medicina e o campo da saúde pública se organizaram dentro das políticas governamentais no país. O primeiro, assim nomeado por Schraiber, refere-se ao trabalho clínico, produzido através da assistência médica individual, mas que pode ser ampliado para todos os profissionais que se utilizam da clínica, como forma de trabalho. O outro refere-se ao trabalho sanitário, traduzido de forma geral, pelas ações de promoção e proteção à saúde, desenvolvido pelos profissionais da saúde pública e que é instruído, principalmente, pela epidemiologia. (Schraiber,1990, p.19) Consideramos que é a partir destes dois modelos polares que se foram construindo novas formatações tecnológicas, segundo as visões de mundo e do processo saúde-doença, por parte dos seus formuladores. Particularmente, pelo entendimento da existência de articulações entre as práticas da consulta e da saúde

pública e a estrutura social nas sociedades capitalistas, e pelo esforço teórico para a epidemiologia incorporar as mudanças de concepção sobre saúde e processo saúde-doença. Por tudo isto, alguns autores, como Braga Campos, preferem chamar estas formulações tecno-assistenciais, geradas a partir dos modelos polares, de modelagens, justamente para destacar a importância dos sujeitos sociais e das conjunturas políticas na concretização de determinados modelos, considerando tempo e locais determinados. Para a autora, o conceito de modelagem considera "determinada história de inserção de serviços de saúde em um determinado tempo histórico com seus protagonistas singulares"(Braga Campos, 2000, p.49).

A modelagem PSF

Voltando ao quadro apresentado, podemos dizer que o PSF pelo fato de apresentar vários dos componentes tecnológicos presentes nos outros projetos, mais se assemelha à ideia de "modelagem" defendida por Braga Campos.

No entanto, olhando o quadro 1, queremos chamar atenção para o fato que, além das semelhanças apontadas com os modelos da ação programática e da vigilância à saúde, o PSF adiciona outros componentes: adscrição, médico de família, vínculo e responsabilização da equipe de saúde com as famílias adscritas. A adscrição de clientela não é um tema novo. Campos, por exemplo, defende que esta se faça, não direta e exclusivamente ao médico, mas a equipe de saúde. Este autor, advoga a adscrição da clientela ligada a ideias de “responsabilidade” e de “autonomia da equipes para organizar seu processo de trabalho e estabelecer seus próprios objetivos e metas.” Apesar disto, critica a ideia de atenção básica assegurada por médicos generalistas ou de família, apesar de reconhecer as vantagens desta modalidade de organização de trabalho em favorecer o vínculo entre o profissional e o paciente, e a possibilidade de um maior controle do usuário sobre o trabalho do médico. Sua crítica se faz à possibilidade deste profissional resolver concretamente os problemas da demanda e principalmente das “necessidades de saúde prevalentes num país industrializado”. Na sua opinião, generalistas estariam mais apropriados para aquelas regiões com mais dificuldades em fixar profissionais de saúde.(Campos, 1991)

Retomando o modelo "antigo", considerado contraponto pelos autores que defendem o PSF como modelo substitutivo, ficam-nos algumas indagações. Será que estes autores estão referindo-se ao modelo da consulta centrado na prática médica? Não podemos nos esquecer que esta prática convive e até alimenta outras do campo da saúde pública (entendida como política governamental), à medida que é fonte de demanda para as intervenções propostas por todos os modelos tecno-assistenciais, conforme apresentamos no quadro1.

Se a controvérsia for portanto com o modelo da prática clínica do pronto atendimento, também presente enquanto modalidade assistencial no campo da saúde pública, consideramos importante explicitá-la. Estarão os autores referindo-se ao que Nunes denomina medicina flexneriana? Segundo ele, este é um modelo de prática médica, informada pela clínica, que se caracteriza pelos seguintes elementos: mecanicismo, biologismo, individualismo, ênfase na especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa. (Mendes,1993, p.141) Estar-se-ia, assim, falando de uma prática baseada no atendimento de intercorrências clínicas, no atendimento a queixas, sem objetivar resolutividade, sem proposta de seguimento, exercida impessoalmente, inclusive na rede pública? Nesse caso, os autores estariam se referindo a um certo modo de realizar-se a prática clínica.

Portanto, se a discordância for com uma certa forma de organizar esta prática, torna-se necessário analisar, como faz o grupo de pesquisadores da Unicamp, em que medida ela pode se diferenciar da forma com que se organiza nos modelos tradicionais da saúde pública. Estamos nos referindo ao que se convencionou chamar de atendimento à demanda espontânea, forma usual de atender parte das demandas trazidas pelos usuários e que passou a se fazer presente com mais força nas chamadas redes básicas depois que se iniciou o processo de unificação das redes estaduais e municipais com a rede do antigo INAMPS.

Parece-nos oportuno esclarecer que, com respeito às configurações tecnológicas do PSF, pela análise do quadro1, fica-nos a impressão de que este projeto pretende mais. Ou seja, não é suficiente a substituição do modalidade do pronto atendimento por uma modalidade que inclua vínculo e responsabilização, uma vez que a modelagem proposta

pretende constituir-se em alternativa mais ampla, frente a hiatos presentes na demais configurações em disputa.

Neste caso, esta nova configuração não estaria propondo meramente a recomposição dos elementos tecnológicos das outras formulações em nova proposta institucional, mas uma configuração mais ampla, almejando uma maior potencialidade frente às necessidades de saúde.

Em vista destas considerações e indagações, manifestamos o nosso interesse em delinear nossa pesquisa em torno da discussão sobre a organização dos serviços de saúde de forma a responder às necessidades de saúde, tomando como objeto o PSF, como proposta de construção tecno-assistencial.

Porém, conforme fomos delineando a discussão sobre os modelos polares da consulta e da saúde pública e as novas formatações tecno-assistenciais, fomos introduzindo uma visão de que entre as formulações teóricas e as experiências concretas de organização de serviços, existem transformações, adaptações e modelagens, frutos da participação social dos inúmeros atores envolvidos em cada processo e das conjunturas políticas de cada momento histórico, o que termina, na nossa opinião, por conferir à cada experiência uma conformação particular, impossível de ser generalizada ou apreendida teoricamente em sua plenitude.

Assim, se já estávamos inclinados a entender o PSF como uma modelagem, conforme expusemos anteriormente, acreditamos que inúmeras modelagens de PSF devem estar sendo geradas pelo país, com formatos múltiplos. E para realizar a análise das potencialidades do PSF em responder às necessidades de saúde, poderemos tomar como objeto uma de suas modelagens.

Necessidades de saúde

Pesquisando a literatura sobre o tema, deparamo-nos com a sua complexidade.

Existem nos textos, por exemplo, referências para necessidades de saúde sentidas por pessoas, que nem sempre são reconhecidas pelos técnicos, permitindo a

inferência de que necessidades podem ser definidas a partir do lugar que se ocupa na sociedade.

Responder à demanda por cuidados médicos poderia antes estar significando atender uma necessidade de consumo de serviços, do que uma necessidade real de saúde.

Campos, embora tendo clareza sobre essa contradição, defende a idéia de que a "demanda espontânea" por cuidados seja incorporada pelos serviços de saúde, para posteriormente reorientá-la, não se restringindo assim o acesso, ao mesmo tempo que se procura superar o predomínio da racionalidade administrativa e da lógica do pronto atendimento, através da relação usuários/serviços. Este autor considera legítimos os conteúdos expressos pela demanda, os quais não podem ser descartados pelos técnicos, mesmo sabendo que possam representar distorções da consciência sanitária, como resultado do processo de medicalização das ações de saúde. "Frequentemente, a procura por atenção e a pressão da demanda são as únicas maneiras de a maioria da população expressar sua vontade, de votar, escolhendo algum tipo de atenção." (Campos, 1992, p.168).

Schraiber (1996) reconhece que definir necessidade é uma complexa questão. Discutindo a oportunidade da procura por cuidados médicos caracterizar-se, ou não, como uma necessidade de saúde, identifica na origem dessa busca o que chama de um carecimento, que pode ser desde uma alteração orgânica visível até alguma coisa vaga.

O resultado das intervenções sobre qualquer desse carecimentos é reconhecido portanto como necessidade, tornando as próprias intervenções também necessidades. ... Considerando que toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada produção e distribuição social de serviços ... o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva de serviços será não apenas resposta a necessidades, mas imediatamente, contexto instaurador de necessidades. [A autora demarca, contudo dois sentidos, que não devem ser confundidos], ... os carecimentos são criados e recriados na vida em sociedade. ... em razão dessa origem produzem-se necessidades que não correspondem ... a carecimentos desta ou daquela pessoa, mas podem ser, de fato, de muitas delas e, potencialmente de todas elas, ... essa característica também pode resultar em sua manipulação ideológica e política. [Dessa maneira], ...o problema estaria não na origem social das necessidades, mas em

ignorar-se a desigualdade das necessidades sociais (distribuição de benefícios já alcançados por alguns, criação de demandas voltadas apenas para um segmento da população, etc). ... O produto deste processo é uma tal naturalização das demandas que elas parecerão sem história ou sem razão social, e apenas impulso de ordem natural-biológica. [Reverter este processo, significaria reconstruir as necessidades indo dos carecimentos individualmente reconhecidos à uma forma socialmente ofertada de solucioná-los]. (Schraiber,1996, p.29-34).

Barembilit (1998) questiona até mesmo a noção de que existam necessidades básicas indiscutíveis e universais, e que estas possam se converter em demandas espontâneas, em exigências de serviços, ou de produtos. Diz ele: " em todas as épocas da história, mas particularmente na nossa, não existem necessidades básicas "naturais"; não existem demandas espontâneas, senão que, em todas ... a noção de necessidade é produzida, assim como toda demanda é modulada" Diz ainda que mesmo num determinado condicionamento histórico, as comunidades vêm perdendo sua capacidade de perceber noções vivenciais acerca de suas necessidades, em troca de um processo de cooptação de suas necessidades por experts, que por conta de um saber acumulado, condicionam o comportamento das comunidades, levando-as a fazer aquilo que as classes dominantes desejam. Para Barembilit, reverter este processo exigiria um reposicionamento dos chamados experts, no sentido de se aproximarem das comunidades, de se permitirem vivenciar relações entre sujeitos, para um reconhecimento real dessas necessidades.

Nesta primeira aproximação com o tema, o que nos chama a atenção é que não existe uma definição clara sobre necessidades de saúde. Pelo contrário, na nossa opinião, as falas destes autores demonstram que as necessidades de saúde têm seus processos de definição e legitimação permeados por inúmeros fatores, desde a posição ocupada na sociedade por quem as define, (os técnicos), até pelo modo particular com que se vem expandindo a prática médica nas sociedades capitalistas, dentro do chamado processo de medicalização da sociedade. (Donnangelo, 1979) Dessa forma, a amplitude do conteúdo definido para as necessidades de saúde dependerá fundamentalmente de como se dão as relações entre os diversos atores envolvidos neste processo.

Como se vê, trata-se de um tema complexo que, face aos nossos objetivos precisa de uma melhor compreensão. Pretendemos fazê-lo tomando como apoio Stotz, autor que recentemente trabalhou sobre o tema das necessidades de saúde em tese de doutorado. Escolhemos este autor pela profundidade com que desenvolve o assunto e porque uma de suas preocupações é com o uso do conceito de necessidades de saúde como instrumento do planejamento, o que julgamos bastante próximo da nossa preocupação com a operacionalização das necessidades de saúde pelos modelos tecno-assistenciais. (Stotz, 1991).

Como diz Stotz:

A ambiguidade da noção de necessidade de saúde não é senão uma consequência de sua própria natureza, isto é, do fato de serem tanto subjetivas como objetivas. O problema é de posição e de perspectiva. ... As implicações desse posicionamento teórico para o planejamento são claras: a mediação da saúde (e das necessidades) não pode restringir-se aos indicadores epidemiológicos, mas tem de incluir o ponto de vista da população. Sem a última perspectiva, o planejamento em saúde corre o risco de fracassar (Stotz, 1991, p.73-74).

Seguindo esta linha de pensamento, Stotz vai conduzindo suas argumentações para concluir que o problema central na delimitação do conceito de necessidades de saúde é que este não pode ser deduzido nem do indivíduo isolado e livre, abstraído de suas relações sociais concretas, nem da estrutura social. Diz ele:

Elidindo-se o sujeito de necessidades, elide-se o papel ativo do sujeito em determinar suas próprias necessidades. Mas a perspectiva analítica oposta, a qual supõe que o indivíduo possa eleger livremente suas próprias necessidades, também termina por reduzir o conceito de necessidade ao de interesse (Stotz, 1991, p.129).

Portanto, para o autor, se o conceito de necessidades de saúde é uma expressão particular das necessidades sociais, ele precisaria ser pensado em outras esferas da vida social, além da esfera econômica, uma vez que o mesmo termina por se reduzir quando pensado exclusivamente na ótica da Economia Política. Para ele, haveria a necessidade de

se agregar para a constituição do conceito outras disciplinas, além da Economia Política, como a Antropologia, a Sociologia e a Política.(1991, p.129-130)

"Para estas disciplinas, necessidade denota as exigências que a pessoa toma consciência quando adquire valores que requerem a luta por certo objetivo ou determinado comportamento numa dada situação." (1991, p.130)

Necessidade de saúde precisaria ser abordada então enquanto conceito de junção, introduzindo o lugar da experiência humana, o papel dos homens e mulheres como sujeitos. Sujeitos que experimentam suas atividades determinadas, tanto como necessidades, quanto como interesses, vivenciando a contradição através das referências culturais que integram, na sua consciência, tais situações.(1991, p.130-131)

Referenciando-se em Heller, Stotz vai mais além ao dizer: “necessidade social só pode exprimir uma superação positiva da alienação se for compreendida unicamente como necessidade de indivíduos”. Chama atenção, assim, para que as necessidades sociais não sejam consideradas exclusivamente como necessidades de grupos, de classes ou de comunidades. Como desdobramento, busca como exemplo a saúde, onde defende o processo saúde-doença, como processo pertinente ao indivíduo, sendo portanto impossível pensá-lo em termos de determinação de classe. Para ele, o que se manifesta através da luta de classes é o reconhecimento do perfil de morbi-mortalidade de certos grupos e estratos sociais. (p. 131-132)

Necessidade social também poderia ser concebida correlacionando-a à satisfação social, como as experiências comunitárias, através da criação de instituições sociais. Vistas por esse ângulo, as necessidades serão sempre prismadas pelos interesses sociais refletidos nas instituições, como a avaliação dos técnicos, através da análise dos custos e benefícios das ações, de serviços e programas de saúde. Por conseguinte, as necessidades de saúde, como toda e qualquer necessidade social, serão sempre individuais, embora só satisfeitas socialmente.(p.134)

Se a vida tem um custo ... e se há uma seleção de alternativas conforme esse custo, então ... a compreensão alienada das necessidades de saúde enquanto necessidades sociais. Delas partilham também os usuários Contudo, o prisma do olhar é diferente conforme a posição social do indivíduo (Stotz,1991, p.135).

Por conta destas mediações, para este autor:

não se pode recusar conceitualmente a taxonomia de necessidades de saúde. Ou seja, é possível a utilização de um conceito normativo traduzível em descritivo e operacional. Isto porque necessidades de saúde são necessidades individuais humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada (Stotz, 1991, p.136).

No entanto, "o conceito descritivo e operacional precisa ser reconceptualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social" (p.136).

Visto de uma maneira abstrata, o conceito expressa mediações da prática social, que descritivamente podem ser captadas pelas diferenças entre necessidades sentidas, expressas e normatização, diferenças que nessa taxonomia explicitam processos sociais específicos. (Stotz, 1991, p.152-154)

No nível dos sujeitos de necessidades (individual, coletivo), Stotz propõe a dimensão da ação social; no nível do atendimento às necessidades, propõe o sistema institucional administrativo do Estado. As determinações concretas do conceito seriam alcançadas "quando houvesse interação dos níveis do micro-social (ação, necessidade e demandas sociais) e do macro-social (estrutura, normas e ofertas do sistema institucional administrativo)". O problema para a interação é que "nem sempre há correspondência entre necessidade, demanda, ação e norma ofertada". (p.154).

As necessidades de saúde envolvem portanto uma interação sócio-política que não se apresenta empiricamente, de modo regular, invariável, daí as conclusões do autor.

1- As necessidades de saúde como fenômeno são individuais. São vividas, percebidas e expressas na forma de dificuldades e requerimentos de possibilidades para a reprodução da vida das pessoas. Estritamente falando estão relacionadas aos processos biopsíquicos de gestação, crescimento e desenvolvimento de indivíduos humanos.

Embora possamos pensá-las enquanto necessidades humanas, genéricas, sua historicidade se manifesta quando referida a indivíduos. É apenas em um certo estágio do desenvolvimento da sociedade humana que as necessidades assim se apresentam: a partir

do capitalismo, indivíduos livres e isolados surgem como "portadores" de necessidades, desenvolvendo-se como "sujeitos" que requerem da sociedade politicamente organizada (o Estado) possibilidades para a sua satisfação.

As dificuldades e as possibilidades de reprodução dos processos vitais são tanto de ordem natural (dependentes de fatores genéticos, da idade, do sexo) como de ordem social (relacionadas à inserção social), as quais são percebidas pelos indivíduos quando submetidos a pressões, estímulos, riscos e desafios. Daí que a capacidade de cada um em reproduzir seus processos vitais seja variável. Ainda que cada indivíduo disponha de "mecanismos" biopsíquicos que garantam a autonomia da reprodução destes processos, nem todos podem ativá-los adequadamente.

Sabemos que os processos vitais dos indivíduos não existem separadamente dos processos sociais nos quais os mesmos indivíduos estão imersos. Dentre todas as mediações sociais que condicionam a reprodução dos processos vitais dos indivíduos, a mais importante para superar as dificuldades impostas a essa reprodução é, sem dúvida, a forma do ordenamento político da sociedade.

As diferentes formas de ordenamento político nas sociedades capitalistas condicionam diferentes patamares de proteção à saúde e às condições de vida socialmente desiguais (ex. maior esperança de vida, proteção das mulheres e crianças no Estado de Bem-Estar Social).

Naturalmente a estrutura capitalista do Estado define a relatividade dos progressos assinalados, uma vez que esse mesmo Estado deve atuar de forma a reproduzir relações sociais que se baseiam na exploração do trabalho assalariado. Mesmo considerando o Welfare State, quando se trata de intervir em problemas de saúde relacionados à qualidade das forças produtivas, das tecnologias e de seu impacto no meio ambiente, o Estado tende a selecionar negativamente as necessidades expressas pela população.

2- As necessidades de saúde, vistas de modo amplo, como expressões de sujeitos individuais e coletivos, são mais do que "a falta de algo" para se ter saúde. Limitadas a essa dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) "disfuncional" ou "inadaptado". Pelo contrário, as

necessidades de saúde enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimentos que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades, na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas.

Por conta disto, os sistemas públicos de saúde deveriam existir menos para satisfazer do que para facilitar aos indivíduos a possibilidades de viver e realizar suas necessidades.

Considerar as necessidades enquanto manifestação de sujeitos individuais e coletivos significa levar em conta a definição que eles apresentam quanto à situação em que se encontram (percepções diferentes sobre as carências e definição de situação diferenciada).

3- A definição de "situação" pelos diferentes atores é sobretudo a definição de quem atua, de quem luta. Logo, a definição das necessidades de saúde resulta de um processo histórico que supera os limites impostos pelo Estado à ação social dos indivíduos.

4- Sobre a determinação do conceito de necessidades de saúde, como conceito de junção, este deve referir-se às mediações fundamentais da prática social, que de modo geral, são as mediações pertinentes às relações entre sujeitos de necessidades e sistema institucional-administrativo responsável por sua satisfação.

5- Para o enfoque estratégico do planejamento, em especial para Matus, a categoria situação tem um papel fundamental. Sendo a definição de situação o resultado da participação de diferentes atores, a planificação fica aberta a várias possibilidades em termos de objetivos e direção.

Stotz leva-nos a nos posicionar positivamente com relação a possibilidade de trabalhar a captação das necessidades de saúde através de uma taxonomia, desde que esta não se limite às necessidades estruturadas pelos saberes da clínica e da epidemiologia, nem tampouco exclusivamente à percepção dos técnicos, como diz o autor:

Ao assumir que o planejamento em saúde tenha como referência as necessidades de saúde da população, o planejador deve admitir que a relação entre estas necessidades e a atenção do sistema institucional será sempre resolvida parcial e provisoriamente, em um processo infinito de aproximação (Stotz,1991, p.456).



CAPÍTULO 3
A MODELAGEM PSF/QUALIS/ZERBIN

A Modelagem PSF/Qualis/Zerbini.

Características tecnológicas

No município de São Paulo, no período em que foi realizada a pesquisa, o PSF vinha sendo implantado através de parcerias desenvolvidas entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e entidades particulares e/ou filantrópicas, ligadas à prestação de serviços na área da saúde. A principal justificativa apresentada para aquela opção operacional estava relacionada ao fato do governo municipal da época ter-se desviado da diretriz constitucional da municipalização, definindo-se por um outro modelo de gestão, o que inviabilizou a possibilidade do PSF ser implementado sob o comando municipal.⁶

No momento da pesquisa existiam quatro projetos para implementação do PSF, sendo os mais antigos, como também os que possuíam o maior número de equipes de saúde da família, o PSF/Qualis/Santa Marcelina, localizado na região leste, e o PSF/Qualis/Zerbini, nas regiões norte e sudeste da capital. Estes projetos são financiados com recursos oriundos do SUS, cabendo à atual gestão municipal o repasse dos recursos para as instituições parceiras.⁷

O PSF/Qualis/Santa Marcelina começou a funcionar em 1996 e foi assim nomeado - Qualis - Qualidade Integral à Saúde. Esta nomenclatura posteriormente passou a ser utilizada pelo PSF/Qualis/Zerbini e por todos os projetos de PSF decorrentes de convênios feitos pela SES com instituições parceiras.

A equipe de saúde da família no Qualis é composta por 1 médico de família, 01 enfermeira, 1 a 2 auxiliares de enfermagem e 4-5 agentes comunitários. A área de atuação da equipe é decomposta em microáreas, sendo estas o espaço de atuação dos agentes comunitários, os quais são selecionados dentro de cada microárea, exigindo-se como requisito para a inscrição dos candidatos nos processos de seleção que residam no espaço da microárea.

⁶ Os dados colhidos para a construção dos indicadores são referentes ao período de janeiro a junho de 2000, período anterior ao começo da municipalização da rede de unidades básicas estaduais, iniciado em maio de 2001.

⁷ No momento em que este capítulo foi escrito (novembro de 2002), toda a rede de unidades básicas já estava sob a gestão municipal, inclusive a rede do PSF/Qualis.

O que caracteriza os projetos Qualis existentes no município de São Paulo é o fato de operarem com equipes de saúde da família, tal qual o modelo original proposto pelo Ministério da Saúde. No entanto, ao modelo original dos dois principais projetos - Qualis/Santa Marcelina e Qualis/Zerbini - foram-se agregando outros componentes tecnológicos, como ambulatórios de especialidades para funcionarem como referências para as equipes de família de cada área. No projeto Qualis/Zerbini existem dois ambulatórios de especialidades, um em cada região, com as seguintes especialidades: cardiologia, pneumologia, otorrinolaringologia, neurologia, ginecologia, oftalmologia, dermatologia, gastroenterologia, endocrinologia, reumatologia. Nos dois ambulatórios são realizados exames de eletrocardiografia, colposcopia, endoscopia e espirometria. Os ambulatórios também são referências para outras unidades básicas nas duas regiões.⁸

Na realidade, o PSF/Qualis/Zerbini pode ser considerado, na nossa opinião, uma modelagem de PSF enriquecida se comparada à modelagem original, em vários aspectos. Primeiro, porque todas as suas unidades têm equipes de saúde bucal compostas por cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental (THD) e atendentes de consultório dentário (ACD). A assistência odontológica nestas unidades é realizada em módulos odontológicos compostos por três cadeiras e sua concepção está fundamentada na proposta dos profissionais trabalharem a quatro mãos, com a participação conjunta de cirurgiões dentistas e THD(s). As ações de prevenção da cárie dental nas escolas das áreas de abrangência do projeto são realizadas pela equipe de THD(s) e ACD(s). Para ampliar estas ações de prevenção foram também envolvidos os agentes comunitários, os quais, mediante capacitação prévia, passaram a desenvolver ações educativas junto às famílias de cada microárea sobre a importância da escovação.

Além disto, foi elaborada uma estratégia para a implementação de ações de saúde mental, baseada na idéia de que a responsabilidade pela assistência das famílias poderia ser conjunta, das equipes de saúde da família e da equipe de saúde mental, procurando-se assim evitar a criação de uma demanda específica para a área da saúde mental. Mediante esta decisão criaram-se duas equipes volantes de saúde mental compostas

⁸ Para registrar estas informações fizemo-nos valer do fato de termos participado da coordenação do Qualis/Zerbini na Região Norte)

por 04 psicólogos e 01 psiquiatra na região sudeste e 03 psicólogos, 01 assistente social e 01 psiquiatra na região norte.

O trabalho das equipes é norteado por alguns princípios criados pela coordenação da área da saúde mental: tratar o grupo familiar para que este possa lidar com o membro da família considerado mais doente; a responsabilidade pelo cuidado das famílias é da equipe de saúde da família e da equipe de saúde mental; é dada prioridade às famílias que se encontram em maior dificuldade; para cada família em atendimento é elaborada uma programação que é monitorada durante todo o período de seu acompanhamento; as famílias são atendidas preferencialmente na hora em que todos, ou a maioria dos familiares estão em casa. (Lancetti, 2000, p.22-23)

Outra prática incorporada pelo PSF/Qualis/Zerbini foi a do acolhimento. O acolhimento pode ser considerado como um dos principais dispositivos utilizados para organizar o atendimento nas unidades, levando-se em conta a decisão das equipes de PSF responderem às necessidades sentidas pelos usuários e a possibilidade desta prática, uma vez efetivada, facilitar a criação de vínculo entre os usuários e suas famílias e as equipes de saúde da família.

Na região sudeste, em Sapopemba, foi ainda instalada um a Casa de Parto por força de ser uma região desguarnecida de maternidades. Nesse serviço, sob a responsabilidade de enfermeiras com especialidade em obstetrícia, são realizados partos naturais das gestantes que fizeram o pré-natal e para ali são encaminhadas pelas equipes de saúde da família da região. (Lancetti, 2000, p.16)

Essas diferenças, representadas pela incorporação de outras configurações tecnológicas ao modelo original do PSF, foram concebidas por David Capistrano, coordenador do PSF/Qualis/Zerbini desde a sua implantação até meados de maio de 2000, quando foi afastado da coordenação. Para ele, "a busca da qualidade" não poderia ser separada do "conceito-chave da integralidade da assistência". Segundo Capistrano (1999a), para que a prática pudesse ser exercida, seria imprescindível o suporte de outros serviços ao trabalho das equipes de PSF, como os serviços ambulatoriais especializados, aqueles de retaguarda laboratorial e a inclusão de outros cuidados, como os da saúde mental, da saúde bucal e também da assistência ao parto. Para nós, estes dados são importantes serem

registrados, porque o seu conhecimento permitirá compreender a tese que estamos querendo construir - **se estamos considerando o PSF uma modelagem construída teoricamente a partir da utilização de componentes tecnológicos presentes em outros modelos, ou em outras modelagens, caberá a possibilidade de construção na própria modelagem PSF de outras tantas modelagens, com outras formatações, em consequência de experiências particulares e singulares de sujeitos envolvidos na organização dessas experiências.**

O modo de governar a modelagem PSF/Qualis/Zerbini.

Para cumprir com este objetivo, colocamo-nos como fonte de informações, no sentido de resgatar as referências (teóricas e políticas) que fomos buscar para conceber o PSF/Qualis/Zerbini, na direção de um projeto ancorado no compromisso com o ideário do SUS e com o desejo de construir processos de trabalho que se constituíssem efetivamente em respostas às necessidades de saúde da população (usuários e famílias), que seria adscrita ao projeto pelo processo do cadastramento das famílias, realizado pelos agentes comunitários. Como se sabe, o cadastramento é um instrumento operacional preconizado pelo PSF para mapear as comunidades, diferenciando-as segundo o grau de risco ao qual estão submetidas. Constitui-se numa primeira aproximação para um diagnóstico de riscos para cada comunidade. Para chegar-se a isso, o instrumento prevê um conjunto de informações sobre aspectos sociais, culturais, sanitários e econômicos referentes ao modo de vida de cada comunidade.

Preocupava-nos a possibilidade de comprometermo-nos com uma proposta que pudesse reproduzir práticas assentadas na identificação de problemas, para os quais tivéssemos poucas chances de intervir, considerando o contexto político em que o projeto estava colocado. Lembramos que o município de São Paulo estava sob uma gestão descomprometida com o ideário do SUS. Por outro lado, não queríamos reproduzir um modelo assentado exclusivamente na oferta assistencial programática para alguns grupos de risco, priorizando assim tecnologias de diagnóstico precoce e acompanhamento para alguns agravos e ações de prevenção.

Fazia menos de um ano que tínhamos nos afastado da condução do SUS em Santos, onde havíamos participado da implantação de um sistema de saúde forjado no compromisso com a cidadania, e, portanto, com o direito à saúde. A experiência está relatada em publicação citada na bibliografia deste trabalho. Tínhamos o SUS na cabeça e no coração e estávamos inseridos, naquele momento, num projeto que nos permitia formular meios de organização do trabalho, haja vista que no primeiro ano de implantação do PSF/Qualis/Zerbini tínhamos recursos financeiros e apoio para transformar nossos desejos em práticas.

Como decorrência, a integralidade e a participação passaram a se constituir nas palavras chave na condução do PSF/Qualis/Zerbini, conforme é demonstrado no texto de David Capistrano - O Programa de saúde da Família em São Paulo (Capistrano, 1999a). A integralidade, contudo, é uma diretriz do SUS, de difícil execução. Não basta a organização de equipamentos em rede, concentrar tecnologias mais densas em alguns serviços, para funcionarem como referência para os demais.

Retomando o texto de Capistrano, este coloca a necessidade de incorporar, de forma integrada, as ações de saúde pública e as ações assistenciais, articuladas à assistência ambulatorial especializada e hospitalar. (1999, p.5) Porém, a integração das ações de saúde tem história no Brasil. O próprio texto constitucional, como assinala Mattos, não utiliza a expressão integralidade, mas atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (Mattos, 2001, p.39)

Sabemos ainda que o capítulo da saúde da Constituição não só reflete uma crítica à forma com que se organizaram historicamente as práticas de saúde no Brasil, mas sobretudo um grande esforço no sentido de resguardar as reivindicações fundamentais que uniam os diversos atores envolvidos na luta pela saúde, como uma questão de direito, no contexto da redemocratização nacional - a descentralização, o atendimento integral e a participação popular. Conseqüentemente, a integralidade aparece no texto constitucional como uma diretriz básica, representando um conjunto de valores que se foram construindo em contextos de luta nas diversas arenas políticas no país. Dessas disputas, destacamos dois pontos que poderiam explicar porque no texto constitucional a integralidade é apresentada como uma diretriz do SUS, reforçando, no entanto, a primazia da prevenção sobre a

assistência: a histórica questão do financiamento das ações de saúde pública X financiamento das ações assistenciais e a visão constituída a partir da década de 20, sob a influência da escola americana, que medicina e saúde pública deveriam constituir-se em campos diferenciados. A primeira para as intervenções de caráter curativo, e a segunda, para as ações de promoção e prevenção.

Superar essa visão, presente com gradientes diferentes nas diversas formulações tecno-assistenciais que se foram produzindo desde o começo do século passado, é um desafio da atualidade.

Mattos (2001) coloca a integralidade "como parte de "uma imagem objetivo" que deve ser buscada por atores em situação de arena política. Por fazer parte de uma "imagem objetivo", para o autor, não pode ser detalhada justamente para permitir a aglutinação em torno dela de atores políticos que, mesmo defendendo projetos políticos diferentes, "comungam indignações semelhantes". (p.42)

Voltando ao PSF/Qualis/Zerbini, conforme descrevemos, este consiste numa rede composta por unidades básicas, ambulatorios de especialidades (um em cada região onde está instalado o Qualis/Zerbini), uma casa de parto e duas equipes de saúde mental, uma em cada região, onde estão situadas as unidades. Essa rede tem como apoio laboratorial e hospitalar os serviços vinculados ao SUS.

Diferenças com o restante da rede básica fazem-se sentir no suprimento de insumos, principalmente de medicamentos, uma vez que o PSF/Qualis/Zerbini, além de receber medicamentos adquiridos diretamente pelo gestor municipal, pode ainda adquiri-los, assim como outros materiais médico-hospitalares, com os recursos recebidos por meio de convênio com o gestor, permitindo à modelagem maior potencial de resolutividade no atendimento da população sob seus cuidados.

Ainda em relação ao apoio para a gestão, as unidades do PSF/Qualis/Zerbini têm outras facilidades, como: maior agilidade para consertos de equipamentos, todas as unidades têm computadores, agendamento de atendimento informatizado e recursos de pronto pagamento mensal maior que as demais.

Na região norte, o sistema de informações preconizado pelo Ministério da Saúde, o SIAB, foi implantado após capacitação de todos os membros das equipes, inclusive dos agentes comunitários, e, durante o tempo em que estivemos na coordenação do Qualis naquela região, era rotina a discussão dos relatórios emitidos pelo sistema com os gerentes locais e com as equipes de saúde da família das unidades, com a intenção de incorporar as informações ao planejamento do trabalho das equipes.

Em termos de capacitação dos profissionais, várias iniciativas foram introduzidas pela coordenação geral do projeto. Primeiramente, todos os profissionais recém contratados participavam de um módulo de capacitação, chamado de módulo introdutório, ministrado pela própria coordenação do projeto, que, ajudada por alguns convidados, encarregava-se da discussão de temas considerados indispensáveis, como a história das políticas de saúde no Brasil, o SUS, o PSF como uma estratégia de construção do SUS, o PSF no município de São Paulo, o trabalho em equipe, a informação em saúde, etc.

Para os médicos e enfermeiras das equipes foi contratado um grupo de profissionais ligados à USP que se responsabilizou pela sua capacitação clínica. Desta forma, todos os médicos e enfermeiras passavam durante os três primeiros meses de trabalho, por um processo de reciclagem clínica, nas áreas da pediatria, clínica médica, saúde da mulher e saúde mental. Depois dessa fase, programava-se uma vez por semana, com a coordenação dos professores, reuniões para discussões de casos, em geral, trazidos pelas próprias equipes, com o objetivo de analisar não só as condutas técnicas, como também a abordagem dos atendimentos, para contemplar a participação dos outros profissionais da equipe na atenção e de não reduzir a assistência à visão biológica. Desse processo, participavam todos os elementos das equipes. Como capacitação, eram freqüentes discussões de temas clínicos, coordenadas pelos médicos especialistas dos ambulatórios de especialidades. Essas discussões permitiram que os dois grupos de profissionais (especialistas e equipes de família) conversassem sobre os problemas que freqüentemente permeiam essa relação, em que pacientes chegam aos especialistas mal investigados e voltam (quando voltam) aos clínicos sem orientações claras sobre as condutas tomadas, o que dificulta a estes últimos ampliar seus conhecimentos técnicos. Dessas conversas resultaram também alguns protocolos, como o de pré-natal e o de hipertensão. Para a

ginecologia, considerada uma área difícil tanto para os médicos como para as enfermeiras de família, criou-se a figura da supervisão, representada por uma ginecologista, que além das horas de atendimento no ambulatório, mediante agendamento prévio, fazia discussões nas unidades sobre temas definidos em conjunto, ou sobre casos acompanhados pelas equipes.

Além dos protocolos citados, dirigidos ao acompanhamento de alguns grupos de pacientes, foram criados outros, com o objetivo de orientar a atuação das enfermeiras no atendimento de pacientes, assim como para respaldá-las no exercício dessa atividade junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Tais protocolos foram discutidos em reunião com todas as enfermeiras e médicos de família, ficando delegada a cada unidade a sua utilização, tendo em vista o momento particular de cada profissional em termos de capacitação e a organização de cada equipe no atendimento dos usuários de sua área.

Quanto aos agentes comunitários, não conseguimos na região norte colocar em prática, para todas as unidades, o projeto de capacitação definido pela coordenação, por falta de profissionais que pudessem se responsabilizar pela tarefa. Na verdade, podemos dizer que este processo foi marcado pela descontinuidade. Em algumas unidades conseguimos dar os conteúdos previstos para os primeiros grupos de agentes comunitários, mas, em virtude das várias substituições que foram ocorrendo no grupo, não houve como garantir o projeto de capacitação até o final. Em grande medida, as próprias equipes de família e a equipe de saúde mental acabaram responsabilizando-se pela capacitação dos agentes comunitários.

Outra prática estimulada foi a da equipe reunir periodicamente com as famílias de sua área de abrangência. Achávamos que dessa forma poderíamos ampliar a participação social no acompanhamento das atividades e nos destinos do projeto. Também é importante registrar que, do início do projeto até abril de 2000, conseguimos ampliar a formação de um para três conselhos locais de saúde na região norte.

Nesse processo, queremos destacar a discussão que fizemos com as equipes sobre o vínculo como elemento chave para o êxito do projeto. Discutimos exaustivamente a necessidade de "escuta" como requisito para qualquer relação entre profissional e usuário,

que tivesse como objeto possibilidades de ajuda e que o fato de trabalharmos com área adscrita não podia ser considerado garantia de acesso aos nossos serviços. Por isso, precisávamos procurar formas que permitissem a escuta das necessidades de saúde das famílias atendidas pelo projeto. Portanto, precisávamos investir na escuta das necessidades trazidas pelos usuários, individualmente, sem julgamentos prévios. O fato de trabalharmos com áreas de população adscrita era (além da presença do agente comunitário), sem dúvida, um elemento facilitador para o vínculo, uma vez que acreditávamos que com o decorrer do tempo a maioria dos usuários passaria a ser conhecida pela equipes e vice-versa.

Dessas discussões surgiram algumas orientações para a organização do atendimento das necessidades nas unidades. Em geral, todas as unidades passaram a funcionar com o que chamávamos de equipe de acolhimento, responsável pelo atendimento inicial das pessoas que chegavam as unidades por qualquer motivo. Num primeiro momento, as equipes de acolhimento eram formadas pelos profissionais de enfermagem e tinham como finalidade escutar, avaliar e dar uma resposta ao pedido do usuário.

As respostas mais comuns eram: agendamento de consultas com o médico ou com a enfermeira da área correspondente à família daquele usuário; encaminhamento para atendimento no dia com um dos dois profissionais; atendimento dado pela própria equipe de acolhimento que, se considerado suficiente, era seguido de orientação para retorno com profissional da equipe responsável da área de residência do usuário. O acordo estabelecido entre os profissionais era de que nenhum membro da equipe poderia questionar a conduta do profissional que estava responsável pelo acolhimento.

Num segundo momento, as unidades propuseram novas formas de organização dessa prática, cada equipe se responsabilizando pelo acolhimento de seus usuários, até formas em que a equipe de acolhimento funcionava só para a avaliação da demanda espontânea, mantendo a equipe de recepção (formada por funcionários da área administrativa) responsável pelo agendamento de consultas de caráter não imediato.

É importante destacar que todo o processo foi permeado por inúmeros conflitos, em geral envolvendo visões diferenciadas segundo a lógica dos atores envolvidos.

A lógica das corporações – resistência dos médicos em aceitar a participação das enfermeiras na assistência, a insegurança das mesmas em inserir-se na assistência,

preocupadas com a autorização do COREN ou por não terem clareza sobre o novo papel colocado - acabava se traduzindo em novas necessidades colocadas para a coordenação: definição de limites de atuação, protocolos precisos, etc.

Segundo a lógica dos técnicos, a proposta do acolhimento colocava para dentro das unidades pessoas portando um leque variado de problemas: doenças que necessitavam de atendimento imediato, o que na leitura dos profissionais facilitava a prática do pronto-atendimento em detrimento do atendimento programado ou pessoas que procuravam os serviços desnecessariamente. Para muitos, era considerada uma prática não educativa.

Além de tais questões, os médicos sentiam-se muito solicitados pelas enfermeiras, à medida que estas, na opinião deles, freqüentemente os interrompiam no trabalho, solicitando ajuda para resolver problemas relacionados ao atendimento.

A lógica dos usuários – no começo houve uma certa desconfiança com o atendimento prestado pelas enfermeiras, mas com o decorrer do processo essa impressão foi se apagando. Em várias reuniões de avaliação do trabalho aparecia o descontentamento de usuários quando passavam pela experiência de demora no atendimento.

Procurando usar a terminologia de Merhy (1997b, 2000), a gestão que procuramos imprimir no Qualis (tendo como objetivo a integralidade) buscou dispositivos que facilitassem a utilização de tecnologias leves, leves/duras e o trabalho em ato na organização dos processos de trabalho das equipes, de forma a não nos deixarmos capturar pelos saberes estruturados dos técnicos, nem pela utilização da epidemiologia como único instrumento estruturante das práticas no PSF.

Na região norte, fomos delineando ao longo do tempo vários movimentos nessa direção. Primeiro, como não queríamos reproduzir uma gestão burocrática, procuramos formar um grupo de gestores na região, apoiado nas gerentes das unidades, com reuniões semanais; nessas reuniões começamos a discutir o que seria o acolhimento nas unidades.

O grupo instituiu a prática de reuniões semanais com as equipes de PSF. Como tínhamos 22 equipes, as reuniões aconteciam em dois períodos, metade das equipes reunia pela manhã e metade à tarde. Delas participavam todas as diretoras e a coordenação regional. Discutíamos desde as diretrizes do projeto (a inserção do PSF no ideário do SUS, o significado da idéia da responsabilização por um território, o sentido da prática do

acolhimento, o trabalho em equipe, a inserção da saúde mental etc.), passando pelas dificuldades clássicas (falta de medicamentos, recursos laboratoriais insuficientes, retaguarda hospitalar), dificuldades internas do projeto na zona norte (como exemplo - problemas na relação ambulatório/equipe, capacitação insuficiente), até questões relativas à organização dos processos de trabalho das equipes. Para atender esta última finalidade, instituímos como prática a troca de experiências entre as equipes. Todas as equipes eram obrigadas a participar do processo, mediante um cronograma que se estabelecia previamente, a cada dois meses, e acordado na reunião.

Foi nesse ambiente que acordamos a necessidade da participação na reunião das especialidades do ambulatório. A partir dessa resolução, fazia parte do cronograma a presença do especialista, que vinha participar da discussão apresentando um tema específico. Tal prática revelou-se um instrumento importante para pactuar condutas e protocolos entre os dois grupos de profissionais, ao mesmo tempo ajudando na aproximação dos grupos.

Por sua vez, coube às diretoras a responsabilidade de garantir a realização de reuniões semanais de todas as equipes, com a participação de todos os seus integrantes. Passada a fase de implantação do processo, quando procuramos conversar com cada equipe sobre as diretrizes que achávamos potencialmente conflitivas no cotidiano das relações (a equipe não tem chefe, na reunião todos têm direito a voz, uma vez que só assim seria possível trazer para a reunião a escuta das necessidades dos usuários e famílias, a resolução dos problemas tem que ser compartilhada na equipe), participávamos das reuniões somente quando a equipe, ou a direção da unidade, pedia a presença da coordenação. Em geral, éramos chamados quando havia uma situação de conflito relacionado às diretrizes assinaladas ou quando havia alguma dificuldade organizacional para enfrentar algum problema na área assistencial.

Outro dispositivo que procuramos incentivar foi a reunião das equipes PSF com a equipe de saúde mental. Esta não foi uma proposta de fácil aceitação pelos profissionais do PSF, pois poucas equipes aderiram prontamente; somente ao longo do processo a resistência foi diminuindo, e muitas equipes passaram a "cobrar" a presença da saúde

mental nas reuniões. No entanto, na nossa opinião, essa resistência nunca foi superada completamente.

O objetivo da saúde mental no Qualis era intensificar mecanismos que propiciassem maior integralidade às ações, favorecendo a captação de necessidades sentidas, dentro do universo daquelas necessidades que não são percebidas, por quem não tem a prática de incluir a subjetividade no modus operandis da relação profissional de saúde/ usuário/ família. A idéia era que as equipes de PSF identificassem os casos/famílias em que julgassem necessárias intervenções com ajuda da saúde mental, trouxessem para as reuniões com as duplas de mentaleiros e, uma vez discutido e pactuado o processo terapêutico de uma determinada família, o acompanhamento era de responsabilidade da equipe PSF. Isso não significava o término da discussão do caso, pelo contrário, cada discussão desdobrava-se num processo de discussões entre as duas equipes, muitas vezes entremeadas por atendimentos domiciliares, realizados em conjunto, por membros integrantes das duas equipes.

Por fim, como relatamos anteriormente, procuramos desenvolver a idéia do acolhimento em todos os fóruns que se foram estruturando na região, e organizando processos de trabalho para instituí-lo nas unidades. No entanto, destacamos que as várias formas de organização das equipes de acolhimento relatadas deveram-se a um processo de discussões, que se iniciou na reunião de gestores e desdobrou-se pelo interior das unidades, onde as diretoras e as equipes foram formatando a organização do acolhimento, de acordo com o que conseguiram acumular em termos de compreensão da proposta e de organização de trabalho, em cada equipe e em cada unidade, em particular.

Para a coordenação as diferenças eram reconhecidas e embora tivéssemos o desejo de que o acolhimento fosse organizado através da responsabilização de cada equipe com sua respectiva área de famílias adscritas, não podíamos impor burocraticamente um modelo único, até porque tal postura estaria incoerente com o processo de gestão que estávamos implementando, apoiado no grupo de diretoras e nas discussões com as equipes. Além disso, o importante para nós é que estava se formando um movimento instituinte, em que as diferenças eram respeitadas e discutidas com muito calor.

Neste processo, acreditávamos estar produzindo uma nova prática no PSF, baseada numa relação (profissionais e usuários/famílias) que possibilitava que estes últimos pudessem trazer para o interior das equipes suas necessidades, e com estas, estabelecer relações baseadas no diálogo e na negociação, para obter respostas mais condizentes com as suas necessidades. Estas eram as bases das relações que queríamos construir em todos os espaços relacionais dos serviços, dentro do que chamávamos de equipe de acolhimento, dentro dos consultórios, no atendimento domiciliar, nas visitas dos agentes, etc...

Como dissemos, não queríamos fazer do PSF/Qualis/Zerbini a reprodução de um modelo que, na nossa opinião, prioriza os problemas estruturados pela vigilância em saúde, haja vista o seu principal instrumento de planejamento e avaliação local - o SIAB - conduzir a organização do trabalho da equipe para o diagnóstico e acompanhamento de grupos da população, considerados mais vulneráveis por critérios de risco, como as crianças menores de dois anos, as gestantes, os hipertensos etc. Não queremos desconhecer a importância da dimensão dessa lógica na organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, mas, conforme estamos defendendo, a integralidade, como "imagem objetivo" a ser buscada, exige um esforço maior.



CAPÍTULO 4 ***METODOLOGIA***

Havíamos definido como objetivo de nossa investigação analisar as potencialidades do Programa de Saúde da Família (PSF), por nós entendido como uma modelagem tecnológica de atenção básica, para responder às necessidades de saúde, tal qual definida em taxonomia adotada neste estudo (Cecílio, 2000 e Matsumoto, 1999).

Pensamos inicialmente em construir a metodologia baseada numa avaliação comparativa entre uma modelagem de PSF e outra, por nós convencionada como modelagem rede básica. A proposta inicialmente idealizada buscava avaliar como as duas formas de organização da atenção básica atendiam às necessidades de saúde da população sob seus cuidados. Estávamos convencidos de que para cumprir com o objetivo traçado, o estudo precisaria ser necessariamente comparativo, para que, após identificarmos diferentes graus no atendimento das necessidades de saúde entre as duas modelagens, pudéssemos realizar um julgamento sobre as suas potencialidades frente às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Escolhemos como campo para a investigação duas modelagens concretas em curso no município de São Paulo. A primeira, conhecida como PSF/Qualis, consideramos filiada diretamente aos elementos tecnológicos que compõem o PSF, conforme descrevemos no capítulo que trata sobre os modelos tecno-assistenciais - adscrição de clientela, atenção integral, vínculo equipe de saúde/famílias, território. A outra, representada por um grupo de unidades da Secretaria de Estado da Saúde (SES), apresentando características de rede básica, operando com as seguintes características - atendimento à demanda espontânea, priorização de ações programáticas para alguns grupos de pacientes, considerados mais vulneráveis, como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e portadores de tuberculose, tendo área de cobertura definida, em geral, somente para as ações de vigilância epidemiológica.

É importante destacar que estas duas modelagens têm a mesma origem histórica, à medida que o PSF no município de São Paulo foi se construindo, em algumas regiões, a partir de mudanças no funcionamento das unidades básicas estaduais, pela instalação de equipes de saúde da família no lugar antes ocupado pelas especialidades médicas básicas (pediatria, clínica geral e ginecologia). Algo semelhante à "colonização"

de espaços de atenção pré-existentes e operando com características próprias, com novas formas de operar, como aconteceu efetivamente com a implantação do Qualis.

Como tínhamos intenção de realizar a investigação através de um estudo comparativo, não podemos omitir que a rede básica estadual da capital vinha funcionando, de certa forma, descaracterizada de sua fonte tecnológica original, operando num misto de pronto atendimento médico com resquícios da antiga programação.

Da modelagem PSF/ Qualis/Zerbini, havíamos definido que a investigação ocorreria nas 05 unidades existentes na região norte do município, pelo fato de termos participado de seu processo de construção, como coordenadora da região norte, significando dessa maneira, que tínhamos conhecimento prévio do campo onde se daria a investigação.

Da modelagem rede básica, escolhemos 09 unidades situadas na mesma região onde está sendo operacionalizado o Qualis, utilizando como critérios de escolha, além da proximidade geográfica, o que conferiria ao campo escolhido um certo padrão de homogeneidade sócio-econômica, o fato de utilizarem-se das mesmas referências assistenciais (laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares). Tivemos o cuidado de garantir padrões mínimos de comparabilidade entre as duas modelagens, pelo menos em relação às características sócio-econômicas dos usuários e ao seu "entorno".

Para investigar como as duas modelagens atendiam às necessidades de saúde da população sob os seus cuidados, propusemo-nos a adotar a idéia de Stotz, conforme apresentado no capítulo onde introduzimos o tema das necessidades de saúde, de que é plenamente justificável adotar-se uma classificação descritiva e operacional para necessidades de saúde, desde que seja possível a sua reconceitualização para poder exprimir a dialética do individual e do social. (Stotz,1991, p.136,Cecilio,2001, p.114-115).

Tomadas estas decisões, colocamo-nos a pergunta: como realizar a comparação pretendida?

Em face do momento em que nos encontrávamos, buscando pistas que nos propiciassem uma primeira aproximação com o objeto escolhido, avaliamos que a criação de indicadores a partir de um banco de dados já existente e compartilhado pelas duas redes em estudo poderia ser um bom começo para a pesquisa.

Na nossa visão, esta primeira aproximação permitiria que levantássemos a existência, ou não, de diferenças no comportamento dos dois grupos de unidades quanto aos procedimentos por nós definidos, possibilitando o começo da análise.

Cumprida esta primeira fase, achamos que os dados analisados precisavam passar por um processo de validação, não no sentido positivista de "confirmação" da objetividade dos dados, mas no de tentar perceber a sua coerência e consistência quando olhados pelos atores sociais que atuam nos serviços que os geraram. Para tal, resolvemos submetê-los à apreciação dos diretores das unidades das duas modelagens envolvidas no estudo, através da utilização da técnica de grupo focal. Para cada grupo de diretores (tanto do Qualis como do Estado) realizamos uma sessão de grupo focal.

Após a análise das duas sessões do grupo focal, percebemos a necessidade de reorientar a linha da investigação tal qual vinha sendo conduzida até então, reforçada pelas críticas recebidas da banca examinadora do projeto, no momento de nossa qualificação. Delas, a que nos pareceu fundamental foi a de que estávamos comparando duas modelagens que não explicitavam os mesmos propósitos quanto ao atendimento das necessidades de saúde, gerando uma precedência favorável à modelagem Qualis em detrimento da modelagem SES, com relação ao objetivo proposto. Outra crítica levantada pela banca, não menos importante que a primeira, foi a de que os indicadores propostos, por serem construídos a partir de procedimentos coletados de um banco de dados originado do SIA-SUS, não conseguiriam discriminar diferenças quanto à resolutividade do atendimento nos dois grupos de unidades analisados. Estas duas críticas fizeram com que tivéssemos que reconsiderar a proposta de avaliação comparativa, conforme pretendíamos inicialmente, embora não se possa desconsiderar que esta etapa comparativa tenha revelado diferenças importantes e significativas entre os dois grupos de unidades básicas.

Vivemos um momento de crise! É verdade que a experiência do grupo focal tinha-nos reservado uma surpresa, à medida que ele franqueou o surgimento de um universo de informações, explicações e contradições sobre o processo de implantação da modelagem PSF/Qualis/Zerbini, universo este que a análise dos indicadores não permitiu a sua revelação. No entanto, continuávamos questionando-nos como seria possível reconstruir o projeto com o material empírico levantado, sem construir erros metodológicos

que nos desmoroassem frente ao exame final: como conciliar a necessidade de manter o rigor usualmente empregado nos trabalhos científicos, com o tempo que dispúnhamos para entregar a tese e com a vontade de analisar a modelagem Qualis, depois dos dados surgidos na experiência com o grupo focal.

Lendo a desconstrução que Gonçalves (1994) realiza sobre a ortodoxia formal dos trabalhos científicos, a partir dos dilemas metodológicos enfrentados por ele em sua tese de doutorado, assumimos o enfrentamento de reconstruir a proposta.^{9 10}

Como reconstruímos o objeto - Como queríamos continuar com o objetivo inicialmente traçado, qual seja o de analisar as potencialidades do PSF em responder às necessidades de saúde, resolvemos primeiramente abandonar a idéia de um estudo comparativo. Na realidade, não abandonamos completamente a comparação realizada através da análise dos indicadores. Esta foi mantida como instrumento para viabilizar a discussão com os diretores das unidades numa avaliação de tipo qualitativa, isto é, numa avaliação mais centrada na compreensão dos significados que os protagonistas do Qualis davam às transformações que estavam vivendo. Fizemos assim uma inversão metodológica: o que antes era fim, “objetivo final”, virou meio, estratégia, etapa da investigação!

Pensamos que mesmo relativizando o interesse ou a importância do estudo "comparativo", seria interessante manter as diferenças encontradas, no sentido de utilizar este conhecimento para compreender o grau de mudanças ocorridas na rede básica da SES, no município de São Paulo, em decorrência da implantação do PSF, que, como referimos, teve um caráter de substituição à rede básica estadual em algumas regiões. O PSF embora não tenha sofrido uma grande expansão no município, teve como desdobramento a existência de duas modelagens no interior da rede da SES, até a vigência do processo de municipalização da rede básica estadual, iniciado em meados de maio de 2001.

⁹ Gonçalves, refere-se à confusão que se faz muitas vezes entre substância e forma, métodos e técnicas de exposição. (p.21)

¹⁰ Gonçalves chama a atenção para duas questões: primeiro, a formalidade ajuda a encobrir a falta de noções na elaboração científica; segundo, para as questões metodológicas que envolvem a Medicina Social, que a fazem não se enquadrar no cânone científico, representado pela sequência de passos - objetivos, material e métodos, resultados e conclusões, por conta das particularidades do seu objeto e de seus objetivos. Para Gonçalves, isto não significa, contudo, uma postura displicente com estas questões; pelo contrário, ele advoga a obrigação de um esforço maior do que o enfrentado em outras áreas, mas relativiza a formalidade pretendida. (p.22)

Conforme havíamos discutido no capítulo sobre as formulações técnico-assistenciais geradas a partir dos modelos polares da consulta e do trabalho sanitário, o PSF, na nossa opinião, assemelha-se mais ao que Braga Campos denomina modelagem. Como consequência disto, será quase impossível existir uma única modelagem PSF, por conta das experiências concretas de implantação do PSF em múltiplos contextos locais, sempre muito diferentes entre si. Logo existirão inúmeras modelagens PSF, como desdobramento da participação de diferentes sujeitos envolvidos nestes processos.

Como consequência disto, no nosso entendimento, para analisar o PSF, precisaríamos necessariamente escolher uma de suas modelagens. Por isso, é que nos definimos pela modelagem PSF/Qualis/Zerbini, desde quando ainda trabalhávamos com a idéia de comparação. Primeiro, porque a modelagem Qualis/PSF/Zerbini conseguiu agregar à proposta original do PSF outros componentes tecnológicos, além dos previstos na configuração original, o que lhe conferia uma promessa de maior integralidade nas ações de saúde. Depois, porque tínhamos dificuldades para deslocamentos maiores na cidade. Finalmente, como decorrência do nosso interesse particular, por termos participado diretamente da construção daquela experiência, conforme relatamos anteriormente.

De qualquer forma, uma interrogação ainda permanecia para a investigação: Será que a análise de uma experiência singular e particular, no caso a modelagem PSF/Qualis/Zerbini, numa região específica do município de São Paulo, poderia propiciar condições de generalização, para além do conhecimento produzido na própria experiência? O que seria generalizável desta avaliação, uma vez que, só no município de São Paulo existem quatro modelagens Qualis/PSF? Logo, qual seria a contribuição de um estudo tão focado como este, para uma avaliação do "PSF" como uma modelagem assistencial?

Mais uma vez, lendo Gonçalves (1994), quando este discute as possibilidades de generalização a partir de um recorte que se faz de um dado universo, pudemos continuar a reconstrução do nosso percurso.¹¹

¹¹ A partir de sua própria experiência ele vai justificando a pretensão de se "estudar as características históricas" e não somente "as características atuais" de determinados conjuntos. Diz ele, a respeito de sua investigação: "Não se chegaria a dizer que as unidades estudadas representam o modelo para o qual todas as outras tendem Assume-se, sim que as características dessas unidades típicas ... permitem compreender a arquitetura do processo de trabalho na rede como um todo, sem deixarem de ser relevantes as variações." (p.47)

Na realidade, não estávamos interessados em construir verdades estatísticas a partir de uma amostra (a modelagem PSF/Qualis/Zerbini). Queríamos analisar como os saberes e os fazeres tecnológicos instituídos pelo PSF poderiam se instituir em processos de trabalho, que operam positivamente as necessidades de saúde numa experiência concreta, e a partir dessa análise agregar conhecimento aos conteúdos resultantes.¹²

Assim, pretendemos analisar as potencialidades do PSF a partir de sua modelagem PSF/Qualis/Zerbini, entendendo esta como uma das formas de realização da primeira, que por sua vez, só poderá ser compreendida como uma construção tecnológica historicamente determinada, representando, como diz Gonçalves, um "momento de uma totalidade mais ampla, em fluxo entre as determinações objetivas do passado e do futuro". (Gonçalves, 1994, p.48)

A taxonomia das necessidades de saúde - Para analisar como a modelagem proposta opera as necessidades de saúde adotamos a taxonomia utilizada por Cecílio (2000) e Matsumoto (1999) em outras investigações, conforme apresentado no capítulo onde discutimos necessidades de saúde. Cecílio classifica as necessidades de saúde da seguinte maneira: necessidades de boas condições de vida, necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe e necessidade de se ter autonomia "no modo de andar a vida". Com o estudo de Matsumoto, percebemos como as necessidades de saúde, agrupadas segundo esta taxonomia, podem ser captadas e operacionalizadas pelos vários modelos tecno-assistenciais, de acordo com suas configurações tecnológicas e com a ênfase (para mais ou para menos) que colocam em cada bloco de necessidades. Por exemplo, necessidade de boas condições de vida é o foco de atenção do modelo tecno-assistencial Silos, além de fazer parte do discurso tradicional da Saúde Pública e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida está presente nas configurações das ações programáticas,

¹² Gonçalves, contudo, cuidadosamente admite a existência de tensão entre estes limites, ou seja, entre o "conhecimento histórico" e o "material empírico" e uma decorrente possibilidade de polarização quanto aos fenômenos apreendidos - em sua singularidade ou em sua rigorosa universalidade. O autor avança a possibilidade do "conhecimento do singular como meio para o conhecimento do não singular" funcionar como referência pensada em termos de sua representatividade. Porém, segundo ele, o estudo do singular para ser "... meio para induções qualitativas haveria que se diferenciaria as concepções de representatividade conforme as concepções de historicidade" (p.48)

nas ideias defendidas pelos autores da Unicamp sobre a importância das necessidades sentidas dos usuários serem incorporadas pelos serviços de saúde, além de estar contida na clássica taxonomia de necessidades de saúde defendida por Bradshaw - necessidades normativas, necessidades sentidas, necessidades expressas e necessidades comparativas. Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde está presente nas ideias difundidas pelos docentes da Unicamp e pelo PSF. Necessidade de autonomia está presente nas ideias defendidas pelo grupo da Unicamp.

Destacamos ainda como positivo nesta taxonomia o fato de possibilitar serem identificadas não só as necessidades de saúde instruídas pela epidemiologia e definidas pelos técnicos, como também aquelas apresentadas pelos próprios sujeitos que as portam, como defende Stotz (1991).

Algumas considerações sobre a aproximação do pesquisador com o objeto -

Retomando as orientações de Gonçalves, o real só pode se apreendido através das percepções subjetivas, ou seja, através de sujeitos, de suas próprias vivências, experiências e explicações, informadas por um conjunto de valores e prenoções. Portanto, esta apreensão jamais poderá se constituir “em conhecimento do real tal qual ele é”, “concebido como campo estruturado de regularidades antes e fora da ação do sujeito que conhece, da ação cognitiva do sujeito que conhece”. Para Gonçalves, será só através do reconhecimento desta dupla determinação, - “... o real como campo estruturado de regularidades antes e fora do conhecimento e ... o ato do conhecimento como ato humano ...”, que o sujeito poderá conferir objetividade ao conhecimento.(1994, p.23)

A compreensão de que o investigador está intrínsecamente relacionado com o objeto de investigação, também é referida por Minayo, ao dizer: "... A visão do mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicados em todo o processo do conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado da pesquisa."(Minayo,1993, p.21)

Os autores citados advertem que a subjetividade do investigador, aceita como condição ímplicita da relação deste com o objeto, não deixa de significar a necessidade de posturas adequadas por parte de quem investiga, como forma de não comprometer a objetivação do conhecimento. A captação subjetiva ou o dado imediato fruto da consciência do investigador, conforme diz Gonçalves, "... precisará de algum modo ser transformado

pela razão em dado mediado de conhecimento, e será necessário romper a conexão entre o real e sua captação subjetiva e restabelecê-la objetivando-a em outro nível"(1994, p.24).

O mesmo autor falando sobre a necessidade do pesquisador manter uma postura adequada com a finalidade de detectar-se a verdade do real, propõe: "Não mais informação "ingênua" ... mas produto de ação intencional de um olhar propositadamente enviesado por uma hipótese de pesquisa (1994, p.24).

Minayo também chama atenção sobre a condição da não neutralidade da pesquisa social, a medida que o investigador e sua visão de mundo estarão presentes em todo o processo. (Minayo,1993, p.37)

As questões colocadas exigem do investigador uma postura de vigilância epistemológica, do contrário, as informações empíricas não terão nenhum interesse científico.

Para nós, estas observações passaram a fazer parte de nossas inquietações, dada a nossa condição de sujeito que conduziria a investigação, e ao mesmo tempo, de sujeito que participou do processo de implantação da modelagem PSF/Qualis/Zerbini no município de São Paulo.

A natureza da investigação e os instrumentais metodológicos utilizados.

Antes de apresentar como o material coletado foi recolocado na investigação, achamos importante trazer algumas indicações que nos foram de muita utilidade para compreender como a avaliação pode ser considerada "uma nova área de conhecimento no campo da Saúde Coletiva", que também comporta um elevado grau de subjetividade, embora este aspecto nem sempre seja considerado nos procedimentos metodológicos das pesquisas avaliativas no campo da saúde.

Para Stenzel (1996), "O conceito de avaliação - atribuir juízo de valor - comporta uma ambiguidade intrínseca de sentido - subjetivo e objetivo - que permeia a prática e a produção de conhecimentos no campo." (p.5)

Desta forma, estão colocadas para as pesquisas em avaliação no campo da saúde os mesmos questionamentos metodológicos do campo das ciências sociais (ver considerações anteriores de Gonçalves e Minayo), do qual a saúde faz parte, - objetividade

versus subjetividade, quantidade versus qualidade, validade do conhecimento produzido.(Stenzel, 1996, p.48)

Stenzel caracteriza o contexto do processo avaliativo como "altamente conflitivo" e numa tentativa de superar o impasse objetividade versus subjetividade, aponta uma tendência na literatura de "negociar os resultados da avaliação com os atores envolvidos". Com relação ao uso de metodologias quantitativas versus qualitativas, não desconsidera a importância da primeira, mas defende a necessidade de evidenciar-se o significado da ação humana que constrói a história, apontando como proposta para resolver o impasse uma abordagem integrada, tendo em vista "... a necessidade da utilização de diferentes métodos de pesquisa e de diferentes fontes de dados, para que se possa apreender suas múltiplas faces" (p.61-65).

Adotado este referencial, reassumimos o nosso objeto - avaliação do PSF/Qualis Zerbini, concebida como uma modelagem singular -, mantendo como campo da pesquisa as cinco unidades do PSF/Qualis/Zerbini existentes na região norte.

Uma vez relido o material (a análise dos indicadores construídos para os dois grupos de unidades - Estado e Qualis e o relato do grupo focal), retiramos do nosso foco de atenção a sessão realizada com os diretores das unidades Estado, mantendo assim somente o material referente ao grupo focal realizado com os diretores das unidades Qualis.

Os indicadores construídos permaneceram como um instrumental importante para a aproximação inicial com o objeto em estudo e para uma análise preliminar do PSF/Qualis/Zerbini.

No entanto, conforme será relatado nos capítulos seguintes, nem todos foram levados para a discussão no grupo focal. Dessa forma, o seu valor passou a ser determinado, em grande medida, pela possibilidade criada no grupo focal do surgimento de uma série de informações e de opiniões, muitas vezes contraditórias (chamadas por nós de ruídos), sobre os saberes e os fazeres do PSF na modelagem PSF/Qualis Zerbini, as limitações desta modelagem na captação e nas respostas dadas às necessidades de saúde, assim como, do planejamento e da gestão no PSF/Qualis/Zerbini.

Na realidade, o reconhecimento de "ruídos", além de expressar contradições internas, revelaram julgamentos sobre a efetividade de determinadas práticas que vinham se instituindo, levando o grupo de diretoras a propor "redirecionamentos" em várias das ações

instituídas. Esta foi a outra inversão metodológica produzida no curso da investigação - reconhecer a análise do "outro".

Mercer (2000) destaca que a avaliação numa perspectiva integradora não poderá ser considerada transdisciplinar se não admitir, além da combinação de múltiplos enfoques disciplinares, a expressão dos atores sociais envolvidos com o objeto de conhecimento. O que significa para o autor: "Quando a população, o grupo, o serviço ou o programa avaliado encontram condições para que seu próprio discurso seja reconhecido com autonomia na produção da avaliação." (Mercer, 2000, p.120)

Neste sentido, da discussão dos indicadores com as diretoras do Qualis várias questões levantadas não foram conclusivas, o que nos levou a realizar uma outra sessão de grupo focal com o mesmo grupo de protagonistas, com a finalidade de aprofundar a explicação dos "ruídos" levantados, na tentativa de ampliar a análise, buscando uma maior aproximação com o objeto pretendido.



CAPÍTULO 5
O ESTUDO QUANTITATIVO:
A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

O estudo quantitativo: a construção dos indicadores.

Conforme explicitamos no capítulo metodologia, o estudo quantitativo, idealizado para captar diferenças entre duas modelagens (PSF/Qualis e rede básica) quanto à capacidade das mesmas responderem às necessidades de saúde, foi mantido na pesquisa como instrumento de aproximação do objeto - avaliação da modelagem PSF/Qualis/Zerbini -, para permitir que num segundo momento (no grupo focal), os indicadores construídos fossem apresentados e discutidos com os atores envolvidos com a sua produção.

Neste capítulo, descrevemos como os indicadores foram construídos passo a passo. No entanto, esclarecemos que, como esta parte do estudo foi realizada antes da sua reconstrução metodológica, os indicadores foram construídos para os dois grupos de unidades - Estado e Qualis. Assim, o estudo quantitativo foi mantido na íntegra, conforme a concepção inicial, alterando-se, porém, a sua finalidade.

Achávamos que embora conhecendo as limitações dos métodos quantitativos para apreender uma realidade complexa como a realidade social, o quantitativo poderia ter o seu valor, como "um dos elementos para a compreensão do todo". Em face do momento em que nos encontrávamos, buscando pistas que nos propiciassem uma primeira aproximação com as duas modelagens, o método quantitativo revelou-nos a possibilidade de um começo, tendo claro que se constituiria na primeira etapa da pesquisa, conforme recomenda Minayo, "vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos de um trabalho" (Minayo, 1993, p.28).

Dessa forma, esta parte do estudo trata da aplicação de uma metodologia quantitativa, baseada na criação de indicadores, constituídos a partir de um banco de dados composto por procedimentos por nós escolhidos, realizados por profissionais oriundos das 05 unidades básicas de saúde do PSF/Qualis/Zerbini e das 09 unidades básicas da SES, utilizadas como contraponto, com o objetivo de numa primeira aproximação, levantar a presença, ou não, de diferenças no comportamento dos dois grupos de unidades quanto aos procedimentos referidos.

O banco de dados

Como já referimos, a idéia da comparação entre duas modelagens, foi a estratégia escolhida para avaliarmos a modelagem PSF/Qualis/Zerbini, dada a impossibilidade de trabalharmos com o Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB), uma vez que este só era utilizado pelo Qualis. Por isso, tivemos que buscar um banco de dados que fosse compartilhado pelos dois grupos de unidades.

Como todas as unidades de saúde da região norte (tanto as do Qualis como as da SES) utilizavam o boletim de produção do SIA-SUS, conhecido como BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), escolhemos esta fonte para compor o banco de dados.

Após apresentarmos à Direção do NúcleoIV as nossas intenções, esta autorizou-nos a entrega de parte do banco do SIA-SUS, referente às unidades que fariam parte da investigação e ao período definido para o estudo (janeiro a junho de 2000).

No banco recebido, constavam os procedimentos produzidos e codificados, por unidade de saúde, segundo as seguintes categorias: mês, profissional habilitado para a execução do procedimento, tipo de atendimento, grupo de atendimento e faixa etária. Não existia, no banco, a categoria sexo.

Num primeiro momento, retiramos do banco os procedimentos que não seriam objeto de análise por não serem realizados em todas as unidades. Assim, excluímos os procedimentos executados por especialidades médicas, os de saúde bucal e as visitas realizadas pelos agentes comunitários.

Após sucessivos ajustes, chegamos a um novo banco, por unidade, composto somente pelos procedimentos escolhidos: ações médicas básicas, ações executadas por outros profissionais de nível superior e ações executadas por profissionais de enfermagem e outros profissionais de nível médio.

A partir deste ponto, fomos escolhendo, para cada grupo de ações, as variáveis que fariam parte da análise.

Das ações médicas básicas, foram escolhidas: consultas médicas (clínica médica, ginecologia, gineco-obstetrícia, pediatria e consulta médica do PSF) e consultas médicas domiciliares.

Das ações desenvolvidas por outros profissionais de nível superior, escolhemos: consultas de enfermeira, todos os atendimentos domiciliares e os trabalhos de grupo desenvolvidos por todos os profissionais.

Das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, foram escolhidos: visitas domiciliares, trabalhos de grupo, coletas de exame, curativos, inalações, retiradas de ponto, administrações de medicamentos e administração de vacinas (BCG-ID, 3º dose Tríplice e 3º dose SABIN).

As consultas médicas e as consultas de enfermeira foram posteriormente agrupadas por tipo de atendimento, por faixa etária e por grupo de atendimento¹³. Para os demais procedimentos, excetuando as vacinas (agrupadas por faixa etária), não foi possível realizar nenhum outro agrupamento, uma vez que as caselas correspondentes estavam preenchidas, na grande maioria por 0 (zero).

Uma vez realizadas estas mudanças, chegamos ao banco final, por unidade. Para os procedimentos de enfermagem, com exceção da aplicação de vacinas, foi somado o total de cada procedimento. Para as consultas médicas e de enfermeira, os dados foram agrupados por faixa etária (<1ano, 1-5anos, 5-12anos, 12-15anos, 15-21anos, 21-40anos, 40-60anos, >60anos, desconhecida); grupos de atendimento mais frequentes (saúde da mulher, hipertensão, diabetes, pré-natal e tuberculose); por tipo de atendimento (atendimento de urgência/emergência, primeira consulta, consulta subsequente). Teoricamente estes novos agrupamentos poderiam ter maior amplitude, uma vez que existem códigos previstos, por exemplo, para consulta com referência para outra unidade, inserção de DIU etc., mas os preenchimentos para estes itens eram raríssimos, o que nos levou a desconsiderá-los.

As informações sobre coleta de escarro para baciloscopia e de citologia oncológica, procedimentos considerados básicos em saúde pública, por não constarem deste banco de dados, foram fornecidos pelos responsáveis dos laboratórios de referência das unidades (Tucuruvi e Freguesia do Ó) e pela interlocutora em Saúde da Mulher do Núcleo IV.

¹³ Grupos de atendimento são os grupos programáticos presentes no SIA-SUS

A criação dos indicadores.

Uma vez o banco reconstruído, deparamo-nos com a primeira dificuldade: como comparar dados que simplesmente descrevem uma situação real, sem um referencial de comparação¹⁴. Por exemplo, o que se poderia extrair da comparação entre valores de consulta de enfermagem de dois grupos de unidades? Esta questão levou-nos a procurar uma forma que permitisse a comparabilidade dos dados, através da transformação dos dados brutos em indicadores, ou seja, procurando transformá-los em relações entre duas variáveis, o que proporcionaria bases objetivas para a análise, visto que se sustentam geralmente em funções matemáticas. (Pernambuco,1997a).

Queremos esclarecer que não desconhecemos a polêmica existente sobre o tema da objetividade e a tendência geral em remeter ao método quantitativo uma certa supremacia, sob a justificativa de que, sendo os dados produzidos por instrumentos padronizados, estariam livres de distorções e possibilitariam uma linguagem observacional neutra. Minayo aponta com propriedade que a crítica dos que contestam esta assertiva não está relacionada com a técnica, mas "no fato de se restringir a realidade social ao que pode ser observado e quantificado apenas" (Minayo,1993, p.30).

No entanto, é importante ressaltar que, mesmo entre os defensores do método quantitativo, existem aqueles que enxergam a sua limitação como instrumento de apreensão da realidade. Para Aguilar¹⁵, citado no texto subsídio à discussão de indicadores básicos do "Quadro Situacional de Pernambuco", "um indicador é simplesmente uma forma de nos aproximarmos de algo que não podemos captar diretamente", ou seja, "o indicador é apenas um instrumento de aproximação da realidade, a totalidade desta nunca será expressa num indicador".(Pernambuco,1997b)

No mesmo texto, levanta-se a questão da natureza do indicador como um instrumento que traduz necessariamente um conceito social e conseqüentemente da falta de neutralidade que envolve a sua definição, daí o indicador ser considerado um instrumento de aproximação da realidade. Achamos importante assinalar que, uma vez se admitindo a presença de um sujeito portador de um conceito, está-se concordando, de certa forma, com

¹⁴ Como comparar dados brutos, que descrevem uma determinada situação sem ter uma base de comparação entre eles.

¹⁵ AGUILAR, M. J., et al. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis: Vozes, 1994

a entrada na abordagem quantitativa de significados diversos, do subjetivo, do relativo, na explicação dos diversos fenômenos.

Retomando o nosso foco de interesse, foi ficando claro que poderíamos trabalhar com indicadores para comparar os dois grupos de unidades, mas precisaríamos construí-los. E então nos perguntávamos: como construí-los?

Nos dois textos que nos serviram de apoio, os indicadores em saúde são classificados conforme *formas de expressão, critérios de seleção, fontes de dados e áreas temáticas*.

De acordo com as *formas de expressão*, são referidos indicadores, como coeficientes, proporções ou frequências relativas e índices.

Coefficiente seria "um indicador que expressa apenas um dado da realidade. O que está expresso no denominador está sujeito ao risco de apresentar o evento discriminado no numerador. Assim, os dados do numerador estão necessariamente contidos no denominador".

No nosso caso, era impossível construir coeficientes com os dados disponíveis, uma vez que não tínhamos a possibilidade de ter os dados do numerador contidos no denominador. Só tínhamos dados de produção no banco informatizado e as unidades Estado não tinham discriminado população a ser coberta pelos serviços prestados.

Proporção "é uma relação entre um número de indivíduos que apresentam um determinado atributo e o total de indivíduos considerados; neste sentido o numerador e o denominador referem-se a um mesmo evento, sendo que o primeiro é um subconjunto do segundo". Neste caso, só nos pareceu viável construí-las com os dados do pré-natal, por exemplo: proporção de início de pré-natal por trimestre de gravidez.

No nosso caso específico, a construção de *índices* pareceu-nos com maiores chances de aplicabilidade, haja vista o conceito apresentado. "Índice expressa situações multidimensionais, incorporando em uma medida única, diferentes aspectos ou diferentes indicadores". "O índice não expressa uma probabilidade, o que está expresso no denominador não está sujeito ao risco de vir a apresentar o evento que está expresso no numerador. A formação de índices tem um elemento subjetivo, pois será o pesquisador

quem atribui os “pesos” na hora de estabelecer ponderações entre os diferentes indicadores que compõem o índice. A escolha da forma de expressão dos indicadores está intimamente ligada aos objetivos do que se quer medir e das condições de operacionalização”.

Olhando pelo lado da seleção de indicadores de saúde, os dois textos citados fazem referência aos seguintes *critérios* a serem respeitados na escolha dos indicadores.

Validade/sensibilidade/especificidade - diz respeito à adequação do indicador para medir ou representar o fenômeno considerado;

Precisão/confiabilidade – que meçam realmente o que o que pretendem, submetendo-se à prova de validade, ou que se obtenha resultados semelhantes, quando a mensuração é repetida;

Representatividade - será mais apropriado quanto maior for a cobertura do universo estudado;

Uniformidade/simplicidade - facilidade de obtenção e custo compatível;

Sinteticidade - deve refletir o efeito do maior número possível de fatores que reconhecidamente influem no estado de saúde;

Discriminatoriedade - diz respeito ao poder de identificar as diferenças entre os grupos e as áreas, de detectar as mudanças que ocorreram com o tempo e fazer comparações entre as áreas e os grupos;

Questão ética - é imperativo que a coleta dos dados não acarrete malefícios ou prejuízos às pessoas investigadas.

Quanto à *fonte de dados*, estava claro quanto ao banco em estudo, tratar-se de uma fonte oficial, de dados secundários, com chances de problemas em sua representatividade, tendo em vista a cobertura das informações e as dificuldades no acesso da população aos serviços e da qualidade das informações registradas.

Definindo os indicadores

Conforme demonstramos, se por um lado o caminho apresentado para que pudéssemos comparar os dois grupos de unidades foi pela construção de indicadores, por outro, das propostas apresentadas acima, qual seja a construção de coeficientes, proporções e índices, só este último nos pareceu exequível. Mesmo assim, precisávamos pensar como construí-lo com os dados existentes.

A pergunta que nos fazíamos era: Como construir relações entre as variáveis presentes? Que variáveis poderiam compor estas relações? Com qual fórmula matemática poderíamos trabalhar?

Analisando os dados, percebemos o peso da consulta médica na produção das unidades. Por isso surgiu a idéia de comparar as variáveis existentes entre os dois grupos de unidades em função da variável consulta médica, por considerá-la de maior peso em relação às demais, face a frequência com que aparece nas unidades. Dessa forma, a consulta médica passou a ocupar na análise o lugar da variável independente. A relação entre ela e as demais variáveis propusemos que fosse trabalhada através de uma regra de três: se para x (variável independente) existe y (variável dependente), para (100) x' existirá y'. Ou ainda, se x (consulta médica) desdobra-se em y (inalações, por exemplo), '(100) x' desdobrar-se-á em y', sendo que o x' será sempre igual a 100 consultas médicas (por grupo de atendimento, por faixa etária, etc...)

$$\frac{x}{x'} = \frac{y}{y'} = \text{indicador}$$

Como variáveis dependentes mantivemos todos os procedimentos de enfermagem e as consultas médicas e de enfermeira, segundo os agrupamentos realizados previamente e que passaram a compor o banco de dados final. A princípio pensamos em indicadores para visita domiciliar, trabalho de grupo, coleta de exames, administração de medicamentos, retirada de pontos, inalações realizadas, curativos realizados, coleta de escarro para baciloscopias, coleta de citologia oncótica, consultas médicas e de enfermeira (por faixa etária e por grupos de atendimento). Tais indicadores foram sendo construídos, tomando como referência a variável consulta médica; para alguns, usamos o total de consultas médicas, para outros, utilizamos as consultas por faixa de idade.

Além dos indicadores propostos, calculamos as porcentagens de início do pré-natal por trimestre de gravidez e as concentrações de atendimento nessa atividade.

No final, chegamos aos indicadores apresentados no quadro 2. Como se pode observar, a maioria dos indicadores foi construída tendo como referência o total de consultas médicas. As exceções foram os indicadores para vacinas, coleta para baciloscopias e coleta de citologia oncótica.

Quadro 2. Indicadores propostos a partir da variável consulta médica (por faixas etárias e pelo total de consultas médicas) e do pré-natal (proporções).

Indicadores Propostos	CM <1 ano	CM >15 anos	CM >21 anos	Total CM
Coleta de exames/100CM	-	-	-	+
Administração medicamentos/100CM	-	-	-	+
Retirada de pontos/100CM	-	-	-	+
Inalações/100CM	-	-	-	+
Curativos/100CM	-	-	-	+
Coleta de baciloscopia/100CM	-	+	-	-
Coleta de citologia oncológica/100CM	-	-	+	-
Visita domiciliar/100CM	-	-	-	+
Trabalho de grupo/100CM	-	-	-	+
3ª dose de Sabin/100CM	+	-	-	-
3ª dose de Tríplice/100CM	+	-	-	-
BCG/100CM	+	-	-	-
Consulta médica (CM) por faixa etária/100CM	-	-	-	+
CM saúde da mulher/100CM	-	+	-	-
CM hipertensão/100CM	-	+	-	-
CM diabetes/100CM	-	+	-	-
CM pré-natal/100CM	-	-	-	+
Consulta de enfermeira (CE)/100CM	-	-	-	+
CE por faixa etária/100CM	-	-	-	+
CE pré-natal/10CM	-	-	-	+
% início pré-natal no 1º, 2º e 3º trimestre	-	-	-	-
Concentração de CM no pré-natal	-	-	-	-
Concentração de CM e CE no pré-natal	-	-	-	-

Tratamento estatístico dos dados

Como método de inferência estatística foi escolhido um (método) não paramétrico, denominado Teste da Soma de Postos de Wilcoxon para Duas Amostras Independentes.(Triola, 1999)

Os testes não paramétricos, diferentemente dos paramétricos, são utilizados normalmente em situações onde não há uma exigência sobre a natureza ou forma da população envolvida.

Como vantagens na sua utilização, são citadas, entre outras, a não necessidade de distribuição normal da população e o envolvimento de cálculos mais simples do que seus correspondentes paramétricos, sendo assim, mais fácil o seu entendimento. Entre as desvantagens, são referidas uma maior perda de informação em comparação aos testes paramétricos, assim como uma menor eficiência.

Apesar das desvantagens citadas, mantivemos a escolha tendo em vista a situação apresentada, qual seja, a necessidade de analisar dados provenientes de duas amostras não dependentes, com uma intenção mais dirigida ao levantamento de perguntas (dúvidas) sobre a realidade em questão do que a afirmações em cima dos dados.

O teste de Wilcoxon para Duas Amostras Independentes não exige assim que as duas populações tenham distribuição simétrica e tem como base testar a hipótese nula de que as duas amostras provêm da mesma distribuição; caso isso não ocorra, a hipótese alternativa será a afirmação de que as duas distribuições apresentam alguma diferença.

Existe uma convenção de aceitar como limite estatístico para a hipótese nula a probabilidade de $p=0,05$. Por essa tendência, os valores de p abaixo do limite convencional condicionariam maiores chances de se aceitar a hipótese alternativa, ou seja, aquela que afirma que as diferenças encontradas ocorrem porque provêm de populações diferentes. No entanto, outras correntes na estatística vêm questionando este limite convencional, por acreditá-lo arbitrário. Assim, existem hoje autores admitindo que o estabelecimento do limite do p seja da competência do pesquisador, em função de seus objetivos.

A análise dos indicadores

Nas tabelas a seguir, estão apresentados os indicadores, por grupo de unidades (Qualis e Estado), os valores de p calculados para as médias dos indicadores propostos e a sua análise.

Tabela 1. Indicadores para procedimentos de enfermagem em relação a consultas médicas (por faixa etária e pelo total de consultas médicas): médias Estado e Qualis e respectivos valores de p .

Procedimentos	CM >15 anos		CM >21anos		Total CM	
	ME/MQ	ρ	ME/MQ	ρ	ME/MQ	ρ
Coleta de exames	---	---	---	---	42,69	0,014
					109,76	
Administração medicamentos	---	---	---	---	14,01	0,053
					36,30	
Inalações	---	---	---	---	17,63	0,020
					33,48	
Curativos	---	---	---	---	3,95	0,005
					9,00	
Retirada pontos	---	---	---	---	1,78	0,050
					1,38	
Coleta baciloscopia	0,06	0,002	---	---	---	---
	0,82					
Coleta cito. Oncótica	---	---	9,46	0,89	---	---
			8,88			

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

Apesar das diferenças nas médias dos indicadores nem sempre terem correspondência estatística significativa (muitas vezes o p extrapolou levemente o limite convencional), podemos dizer que, exceto o indicador para coleta de citologia oncótica,

todos os demais indicadores mostraram que provavelmente existem diferenças entre o Estado e o Qualis quanto à acessibilidade dos usuários aos procedimentos realizados pela enfermagem.

Podemos inferir que as unidades do Qualis realizem mais coletas de exames, curativos, administração de medicamentos e inalações do que as unidades do Estado, garantindo assim maiores chances de resolutilidade e finalização adequada, tanto para o ato médico, como para o da enfermagem.

Também podemos observar que as unidades do Qualis diferenciam-se sobremaneira na realização de coleta de escarro para baciloscopia, o mesmo não acontecendo com a coleta de citologia oncótica, embora para este último dado não tenha-se observado significância estatística.

Tabela 2. Indicadores para vacinas aplicadas em relação a consultas médicas em <1ano: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ .

Vacinas Aplicadas	CM <1 ano	
	ME/MQ	ρ
3ª dose Sabin	22,48	0,08
	33,82	
3ª dose Tríplice	23,98	0,05
	39,18	
BCG	35,94	0,12
	42,96	

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

Os indicadores de vacinações mostraram-se semelhantes entre os dois grupos de unidades.

Tabela 3. Indicadores para visitas domiciliares e trabalhos em grupo em relação ao total de consultas médicas: médias Estado e Qualis e respectivos valores de p .

Atividades	Total CM	
	ME/MQ	p
Visita domiciliar	0,52	0,034
	10,27	
Trabalho de grupo	2,01	0,124
	4,32	

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

Entendendo a visita domiciliar como um instrumento importante para a construção do vínculo e para o reconhecimento das condições de vida da população, podemos também inferir que no Qualis esta atividade seja valorizada no processo de trabalho das equipes.

Pelo comportamento dos indicadores, tanto no Estado como no Qualis, verificamos que o trabalho de grupo, visto como um dispositivo que pode diversificar o modelo centrado na atenção médica individual, ainda não ocupa um papel significativo nas unidades. Parece que ainda não conseguiram dar uma dimensão diferente a outras formas de organizar o processo de trabalho na assistência, mais criativas, com maiores chances de participação por parte dos usuários, de forma que estes possam utilizar seus próprios recursos nos processos de cura.

Tabela 4. Indicadores para consultas médicas em saúde da mulher, hipertensão, diabetes, tuberculose e pré-natal em relação a consultas médicas >15 anos. Indicadores para consulta de enfermeiras em relação ao total de consultas médicas: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ .

Consultas	CM >15 anos		Total CM	
	ME/MQ	ρ	ME/MQ	ρ
CM saúde da mulher	34,01 8,90	0,013	---	---
CM hipertensão	10,92 28,62	0,004	---	---
CM diabetes	3,74 8,24	0,053	---	---
CM tuberculose	0,44 0,60	0,170	---	---
CM pré-natal	---	---	10,58 5,76	0,070
Consulta enfermeira	---	---	3,70 68,66	0,002

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

Os resultados encontrados nos indicadores para consulta médica em hipertensão, diabetes e pré-natal, permitem que se observe o comportamento dos dois grupos de unidades quanto à atenção aos principais grupos de risco. Destacamos que para os dois primeiros grupos, os indicadores são mais elevados no Qualis do que no Estado, embora só o indicador para hipertensão demonstre significância estatística. Diferentemente, o indicador para o pré-natal é mais elevado no Estado, assim como o indicador para consulta médica em saúde da mulher (este último com significância estatística).

Em relação à participação da enfermeira na assistência, é gritante a diferença do indicador quando comparamos os dois grupos de unidades. No Qualis, podemos considerar este profissional incorporado à assistência, permitindo a ampliação do lugar tradicionalmente ocupado pela enfermeira na saúde pública para além das funções de supervisão e controle do pessoal da enfermagem.

Tabela 5. Indicadores para consulta médicas e de enfermeira, por faixa etária em relação ao total de consultas médicas: médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ .

Consultas	CM total	
	ME/MQ	ρ
CM <1 ano	11,77/8,28	0,257
CM 1-5 anos	13,84/8,60	0,072
CM 5-12 anos	9,11/6,06	0,038
CM 12-15 anos	2,28/1,76	0,789
CM 15-21 anos	7,47/7,40	0,841
CM 21-40 anos	25,37/23,24	0,161
CM 40-60 anos	18,77/25,52	0,072
CM >60 anos	14,69/18,04	0,014
CE <1 ano	0,01/8,76	0,001
CE 1-5 anos	0,07/9,80	0,001
CE 5-12 anos	0,03/5,44	0,001
CE 12-15 anos	0,03/1,54	0,006
CE 15-21 anos	0,13/5,68	0,001
CE 21-40 anos	1,53/16,84	0,002
CE 40-60 anos	1,49/14,14	0,006
CE > 60 anos	0,34/6,42	0,003

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

Do lado do Estado, observamos uma tendência nos indicadores para consulta médica a um maior acompanhamento de crianças e de pessoas na faixa etária de 21-40 anos, embora não corroborada estatisticamente. Nesse caso, trata-se provavelmente do gênero feminino, tendo em vista esta faixa etária corresponder ao período de maior fertilidade da mulher, o que parece fazer sentido quando olhamos a força do indicador para consulta médica em saúde da mulher no grupo de unidades Estado.

Do lado do Qualis, observamos uma tendência nos indicadores para consulta médica ao maior atendimento de pessoas nas faixas etárias de 40-60 e >60anos (este último com significância estatística), o que parece corroborado pelo indicador de consultas médicas em hipertensão e diabetes.

Com relação à consulta de enfermeira por faixa etária, todos os indicadores são mais favoráveis ao grupo Qualis, como decorrência da participação das enfermeiras na assistência. Destacam-se os indicadores nas faixas etárias de 21-40 e 40-60 anos, levando-nos a inferir que, no Qualis, grande parte do atendimento em saúde da mulher é realizado pelas enfermeiras.

Tabela 6. Pré-natal: início do pré-natal conforme o trimestre de gravidez e concentração de consultas médicas. Médias Estado e Qualis e respectivos valores de ρ .

	ME/MQ	ρ
Concentração CM pré-natal	4,83/12,84	0,002
% começo 1º trim.	47,37/41,32	0,640
% começo 2º trim	35,86/42,46	0,946
% começo 3º trim	16,73/16,20	1,00

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

Deixamos como ponto a ser esclarecido a causa do começo do pré-natal no primeiro trimestre ser menos precoce no grupo Qualis. Levando-se em conta as características deste modelo (área de abrangência definida, presença do agente comunitário, existência de busca ativa etc.), esperar-se-ia que esta atividade pudesse se realizar com

maior efetividade do que no grupo de unidades Estado. Por outro lado, a concentração de atendimentos de pré-natal no grupo Qualis é bem maior do que no grupo Estado.

A análise dos indicadores permitiu-nos perceber a existência de diferenças na organização do trabalho entre os dois grupos de unidades, que precisavam de um maior aprofundamento, com o objetivo de conhecer o quanto essas diferenças seriam suficientes para modificar a qualidade da assistência e a capacidade de atender as necessidades de saúde. O que poderíamos acrescentar ao quadro delineado pela análise dos indicadores? Do lado do Qualis, para cada 100 consultas médicas, fazem-se mais coletas de exames, medicamentos, curativos, retirada de pontos, coletas de escarro, visitas domiciliares, trabalhos de grupo, consultas médicas em hipertensão e diabetes e consultas de enfermeira. Do lado do Estado, para cada 100 consultas médicas, fazem-se mais coletas de citologia oncológica, consultas médicas em saúde da mulher e de pré-natal. Por ora, podíamos inferir que o Qualis operasse com: maior acessibilidade da população às tecnologias analisadas; maior participação da enfermeira na assistência (diminuindo assim a centralidade do atendimento no profissional médico); maior possibilidade de vínculo entre os profissionais e os usuários; incorporação de outros grupos de risco na assistência, além do grupo infantil e de mulheres, como os hipertensos e os diabéticos.

Estaria assim o Qualis promovendo maior acessibilidade às tecnologias que melhoram e prolongam a vida? Estaria operando com dispositivos além dos atendimentos individuais para desenvolver autonomia? Estaria construindo uma relação de escuta com os usuários e suas famílias, com profissionais mais disponíveis para ouvir aquilo que a prática clínica usual não permite, qual seja, perceber as repercussões que o sofrimento gerado pelo adoecer provoca na vida das pessoas, nas suas relações familiares, no trabalho, etc...?

Nesse momento, interessava-nos melhor compreender o que os indicadores apontavam e principalmente caracterizar o seu significado junto aos atores envolvidos na implantação do PSF/Qualis/Zerbini, tendo como referencial a taxonomia de Cecílio e Matsumoto para necessidades de saúde.



CAPÍTULO 6
O ESTUDO QUALITATIVO:
USANDO A TÉCNICA DO GRUPO
FOCAL

O estudo qualitativo: usando a técnica do grupo focal.

Apoiando-nos mais uma vez em Minayo, quando esta se refere ao conhecimento como processo em construção, "que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida", percebemos que a trajetória construída através do estudo quantitativo não seria suficiente para alcançarmos o nosso objetivo. (Minayo,1993, p.89)

A opção de trabalhar com indicadores, permitiu-nos construir "indicações" de processos, que podiam descrever quantitativamente o que os serviços ofereciam como respostas às demandas captadas, mas serviu principalmente para abrir um leque de conjecturas sobre o funcionamento da modelagem PSF/Qualis, que precisava ser investigado no sentido de ampliar o processo de conhecimento sobre o atendimento das necessidades de saúde. Por isso, consideramos necessária a continuação da investigação para possibilitar uma ampliação da análise.

Nesse sentido, incluir na pesquisa os sujeitos envolvidos na produção das informações levantadas, pareceu-nos uma possibilidade promissora. Acreditamos que esta decisão, mais do que confirmar a validade da análise feita até então, poderia contribuir para ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da modelagem PSF/Qualis/Zerbini.

Escolhemos como instrumental metodológico a técnica do grupo focal, a exemplo de Mendes, que a utiliza em sua tese de doutorado como um instrumental de análise da participação social no desenvolvimento de projetos Cidades Saudáveis. (Mendes, R.2000)

A escolha dessa técnica adveio da facilidade com que dados podem ser aprofundados em um curto período de tempo, conforme referido por Westphal.

Para esta autora, grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais, cuidadosamente planejadas, "onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor" (Westphal et al., 1996, p.473).

Minayo (1993) utiliza a expressão entrevista focalizada, que pode ser realizada em grupo, para referir-se a um tipo de entrevista que pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou pesquisa não estruturada e visa colocar as respostas dos sujeitos no seu próprio contexto, evitando-se a prevalência comum nos questionários estruturados, do quadro conceitual preestabelecido do entrevistador (Minayo,1993, p.109).

Para a autora, a entrevista na pesquisa qualitativa assume característica de arena de conflitos e contradições, em que a palavra constitui "símbolo de comunicação por excelência" (1993, p.109-113).

No contexto, "a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador"(1993, p.114).

Para Kitzinger, a diferença fundamental entre grupo focal e entrevista em grupo é o uso explícito da interação no grupo focal como parte do processo de pesquisa, e não como ocorre frequentemente quando o grupo é utilizado simplesmente como técnica para entrevistar várias pessoas ao mesmo tempo. (Kitzinger, 1994)

Assim como as entrevistas não-estruturadas, a técnica do grupo focal não prescinde da elaboração de um roteiro, que reflita as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos. Minayo recomenda que este funcione como orientação para o pesquisador, nunca como um fator de "cerceamento da fala dos entrevistados"(1993, p.120-125).

Do ponto de vista operacional, a discussão de grupo (grupos focais) faz-se em reuniões, com um pequeno número de informantes, geralmente contando com a presença de um animador com a função de intervir quando o grupo dispersa, procurando manter o foco e o aprofundamento da discussão.

Os participantes são escolhidos a partir de um determinado grupo, cujas idéias e opiniões são do interesse da pesquisa. A abrangência do tema pode exigir uma ou várias sessões de grupo.(Minayo,1993, 129-130)

Segundo Westphal (1996), os grupos devem ser constituídos por cerca de 6 a 15 pessoas, escolhidas por apresentarem pelo menos um traço comum, considerado relevante para o estudo proposto. Apesar desta característica, nada impede, segundo a autora, que se possa prever estudos onde os dados sejam obtidos de mais de um grupo com características

diferentes, com a finalidade de se identificar diferentes percepções sobre o mesmo fenômeno.

Para esta autora, as sessões de grupo permitem que se pense coletivamente "temáticas que fazem parte da vida das pessoas reunidas", possibilitando durante o "processo de interação", que os "comentários de uns" façam "emergir a opinião de outros", assim como "facilitar a expressão de emoções". (1996, p.473-474).

A montagem do grupo focal

Uma vez convencidos da necessidade de ampliar a análise dos indicadores, através da participação dos sujeitos envolvidos na sua produção, e definindo-nos pela utilização da técnica do grupo focal, escolhemos para participar desta atividade os diretores das unidades envolvidas no estudo quantitativo. Realizamos inicialmente duas sessões de grupo focal, uma com os diretores das unidades Qualis e outra com os diretores das unidades SES. No entanto, só analisaremos a primeira, em função da mudança realizada no estudo, relatada no capítulo metodologia. Posteriormente, realizamos mais uma sessão com o grupo de diretores do Qualis para aprofundar algumas questões que consideramos não suficientemente trabalhadas na primeira sessão.

O primeiro grupo focal

Para a viabilização do primeiro grupo focal buscamos assessoria da pesquisadora Rosilda Mendes, do CEPEDOC - Centro de Estudos Pesquisa e Documentação/Cidades Saudáveis, que nos orientou em todo o percurso desta atividade, desde a recomendação de leituras sobre o tema, a montagem do grupo conforme os objetivos estabelecidos, até o roteiro que conduziria a proposta. A mesma pessoa acompanhou a realização das duas primeiras sessões grupais definidas, funcionando como moderadora. Além da presença do moderador, os grupos foram acompanhados por outro profissional, que funcionou como observador e relator, responsável pelas anotações sobre as falas e por algum comportamento dos participantes que merecesse registro, assim como pela gravação das discussões e posterior digitação do conteúdo gravado.

A idéia inicial era colocar em discussão os indicadores construídos, apresentando-os sob a forma de gráficos. Pensamos inicialmente em levar todos os indicadores construídos e colocá-los em discussão em cada sessão grupal. Uma vez orientados pela assessoria, fomos convencidos de que em função do tempo de duração de cada grupo, em média uma hora e meia, seria impossível fazer a discussão de todos os gráficos construídos.

Escolhemos então 10 gráficos, usando como critérios de escolha aqueles que melhor representavam as diferenças que nos interessavam analisar e os que, na nossa opinião, melhor catalisariam a discussão sobre as hipóteses levantadas na análise dos dados, referenciadas pela taxonomia das necessidades de saúde.

Do roteiro, constaram os seguintes itens: objetivos do grupo focal, todas as explicações que deveriam ser dadas aos componentes dos grupos antes que fossem iniciadas as duas sessões - as perguntas que seriam feitas para identificar os participantes de cada grupo, os indicadores selecionados, como foram construídos e as questões que seriam colocadas em discussão.

Todos os diretores das unidades envolvidas na análise foram convidados para participar do grupo focal. Este foi realizado, conforme pretendíamos, em dois momentos. Num primeiro momento, envolvendo os diretores do Qualis e noutro momento envolvendo os diretores do Estado. Do grupo Qualis, o comparecimento foi total. No grupo Estado, compareceram cinco diretores e o representante de um diretor.

Antes de começarem os grupos, a moderadora explicava no que consiste a técnica do grupo focal, os objetivos da nossa proposta, enfatizando que não estávamos ali querendo avaliar a competência individual dos participantes, mas interessados em analisar diferenças entre os dois modelos assistenciais quanto ao modo de organizar o trabalho. Aproveitamos também para explicar de onde retiramos os dados e como os indicadores foram construídos. Outros cuidados tomados foram garantir a não identificação das falas e solicitar permissão para a gravação das falas.

Depois das explicações e da apresentação de todos os participantes, iniciava-se o trabalho. A discussão dos indicadores era precedida da entrega para cada participante de uma cópia do gráfico, no qual estava apresentado o indicador. A discussão era iniciada com

as seguintes perguntas: Na sua opinião o que este gráfico revela? O que chama a sua atenção?

Para cada indicador ou grupo de indicadores foram pensadas questões, que seriam introduzidas durante as discussões pela moderadora, com a finalidade de ajudar a condução do grupo para os objetivos propostos.

Foram os seguintes os indicadores escolhidos:

- 1- Número médio de coletas de exames realizadas para cada 100 consultas médicas realizadas.
- 2- Número médio de inalações realizadas para cada 100 consultas médicas realizadas.
- 3- Número médio de coletas de escarro para baciloscopia para cada 100 consultas médicas em >15anos.
- 4- Número médio de coletas de citologia oncótica realizadas para cada 100 consultas médicas em >21anos.
- 5- Número médio de visitas domiciliares realizadas para cada 100 consultas médicas realizadas.
- 6- Número médio de trabalhos de grupo realizados para cada 100 consultas médicas realizadas.
- 7- Número médio de consultas de enfermeiras realizadas para cada 100 consultas médicas realizadas.
- 8- Número médio de consultas médicas em saúde da mulher para cada 100 consultas médicas em >15anos.
- 9- Número médio de consultas médicas em hipertensão para cada 100 consultas médicas em >15anos.
- 10- % de pré-natal iniciado no 1o trimestre da gravidez, considerando exclusivamente consulta médica.

Composição dos dois grupos:

Grupo Qualis	tempo de direção na unidade	Grupo Estado	tempo de direção na unidade
cirurgiã-dentista	10 anos	Cirurgiã-dentista	substituta
cirurgiã-dentista	10 anos	Psicóloga	4 anos
assistente social	3 anos	Médico	3 anos e 9 meses
Enfermeira	18 anos	Fonoaudióloga	4 anos
Médica	3 anos	Enfermeira	5 anos
		Cirurgiã-dentista	10 anos

O segundo grupo focal

O segundo grupo focal foi realizado sob a coordenação da pesquisadora, após terem sido selecionadas as questões que gostaríamos de aprofundar, levantadas depois da análise do conteúdo do primeiro grupo focal. A sessão também contou com a participação de um observador, que também funcionou como relator, responsável pela gravação das falas e pela digitação do conteúdo gravado. A princípio selecionamos cinco perguntas, e no final, incluímos mais uma, que durante a realização da sessão pareceu-nos importante incluir no debate. Deste grupo, participaram as cinco diretoras do Qualis que estiveram presentes na primeira sessão do grupo focal. As perguntas selecionadas estão colocadas no capítulo em que é relatado o segundo grupo focal.

Como os conteúdos dos dois grupos focais foram organizados para a leitura.

A organização dos conteúdos dos dois grupos focais foi precedida pela leitura e releitura (inúmeras vezes) de cada texto digitado, com o objetivo de captar, conforme recomendado por Pinheiro, “unidades significativas – que vão além de palavras e frases – e unidades que não podem ser abstraídas do contexto da própria entrevista” (Pinheiro, 1998, p.41).

Como estávamos interessados em trabalhar com sujeitos em interação, apoiamo-nos nesta autora, cuja preocupação está na linguagem, porém não em sua materialidade, mas enquanto sentido para sujeitos em processos de interação. "Trata-se, portanto, de ações situadas e contextualizadas através das quais se produzem sentidos e constroem-se versões da realidade"(1998, p.19). A autora destaca que os sentidos de um discurso não estão na linguagem, em sua materialidade, "mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade"(1998, p.29).

Apoiando-nos nessas referências, fomos buscar reconstituir a versão dos diretores para entender melhor o que a análise do estudo quantitativo não foi capaz de nos revelar.

Spink e Lima (1999) propõem, como instrumento para facilitar a análise de relatos construídos em processos dialógicos, "mapas", denominados pelas autoras de "mapas de associação de idéias". Os "mapas" teriam dois objetivos: "dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo" (Spink e Lima, 1999, p.107-108).

A construção dos mapas obedece a uma sequência que se inicia pela "definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa". A partir destas categorias, organizam-se os conteúdos, procurando "preservar a sequência das falas" e "identificando os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista como um todo (ou de trechos selecionados da entrevista)". Dessa forma, o diálogo é organizado intacto, em colunas previamente definidas, segundo categorias elaboradas na própria análise dos conteúdos, possibilitando que as categorias iniciais sejam redefinidas no processo de análise, proporcionando uma "aproximação paulatina com os sentidos vistos como atividade-fim"(1999, p.107).

Utilizando esta técnica no primeiro grupo focal, depois de várias leituras do texto, fomos percebendo a presença de alguns temas, como: as características dos serviços em estudo, características da população atendida, característica dos profissionais, características da organização do trabalho das unidades, configuração tecnológica dos dois grupos de unidades analisadas.

Procurando perceber os aspectos dinâmicos e interativos na leitura do texto, concluímos que em todos os gráficos apresentados, os enunciados compunham um movimento, com um momento inicial quando as diretoras procuravam entrar em contato com os gráficos, fazendo perguntas, emitindo expressões subjetivas.

Este momento era quase sempre seguido de um levantamento de possíveis explicações para as diferenças encontradas e posteriormente as diretoras procuravam avaliar as explicações levantadas, emitindo opiniões e/ou julgamentos sobre os dados apresentados. Assim, para cada gráfico discutido, constituiu-se um "mapa" (anexos).

Como exemplo da organização dos "mapas", citamos a discussão sobre o gráfico do indicador para inalações realizadas, onde o grupo começa a entrar em contato com o gráfico perguntando *"Eu quero fazer uma pergunta antes: essas inalações, elas foram analisadas num total de inalação? Porque a gente também faz inalação para pacientes que não são da área adscrita"*. Logo em seguida começam a aparecer algumas tentativas de explicar as diferenças encontradas no gráfico: *"Exatamente porque a gente vê, não tá registrado aqui, a gente bate o olho, a gente dá risada porque, por exemplo, o Penteado ele tem um... ele é... tem uma demanda maior de inalações. Eu tenho um monte de PAS que são meus vizinhos. E também tem uma demanda do PAS que a gente acaba absorvendo e que não é a demanda caracterizada, a demanda interna da unidade... porque é uma região extremamente complicada. Exatamente porque a gente vê, não tá registrado aqui, a gente bate o olho, a gente dá risada porque, por exemplo, o Penteado ele tem um... ele é... tem uma demanda maior de inalações. Eu tenho um monte de PAS que são meus vizinhos. E também tem uma demanda do PAS que a gente acaba absorvendo e que não é a demanda caracterizada, a demanda interna da unidade... porque é uma região extremamente complicada"*. Mais adiante alguém arrisca uma avaliação: *"Na verdade assim eu acho que essa questão está mais vinculada à acessibilidade do que outro fator. A questão do horário... "*

No segundo grupo focal utilizamos a mesma sistemática. Para cada pergunta colocada para o grupo, lemos diversas vezes o texto referente às respostas colocadas pelo grupo de diretoras, como também buscamos organizá-lo segundo a técnica do "mapa", preconizado por Spink e Lima (anexo).

A diferença em relação ao primeiro grupo focal é que aqui as categorias descritivas que usamos para a constituição de cada "mapa" foram mais diversificadas, conforme a pergunta original. Por exemplo, para a resposta sobre "o excesso de exames no Qualis", trabalhamos com as seguintes categorias - confirmando a explicação, contradizendo a explicação, discutindo processos, mudanças nas práticas (em relação à população e em relação aos profissionais). Em relação à resposta sobre a gestão no Qualis, as categorias trabalhadas foram: as dúvidas, como se dá a gestão, compartilha com a comunidade, compartilha com os técnicos.

O que nos pareceu fundamental na organização dos textos, tanto no primeiro, como no segundo grupo focal, foi garantir, como recomenda Pinheiro:

Em se tratando de relato, a ação de relatar é ela mesma explicativa na sua relação com o contexto. Não se pretende excluir as variáveis que interferem nesse relato, como se elas estivessem distorcendo o que a pessoa realmente pensa e sabe. No relato, está em foco, portanto, o que a pessoa traz, os argumentos utilizados, e a explicação dada para torná-los plausíveis, ou seja, o que ocorre numa dada situação, dentro de uma sequência de atividades (Pinheiro, 1999, p.185).



CAPÍTULO 7
A LEITURA DO PRIMEIRO GRUPO
FOCAL:
OS DIRETORES COMO ATORES
ESTRATÉGICOS

A leitura do primeiro grupo focal: os diretores como atores estratégicos.

Conforme relatamos anteriormente, os indicadores foram apresentados ao grupo focal sob a forma de gráficos. Para facilitar a compreensão da leitura, os gráficos aqui são mostrados com as respectivas tabelas.

Tabela 7. Número médio de exames colhidos para cada 100 consultas médicas realizadas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de exames</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	35,7
V. Palmeiras	20,3
C. Verde Alta	74,6
Jd. Paulistano	30,9
V. Progresso	32,0
Sta. Maria	16,3
Guanabara	82,2
Barbosa	35,8
Jd. Peri	56,4
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	98,8
Ilza Hutzler	83,6
A. L. A. Galvão	45,6
V. Ramos	76,8
V. Espanhola	244,0

Fonte: BPA, NúcleoIV, DIR-I

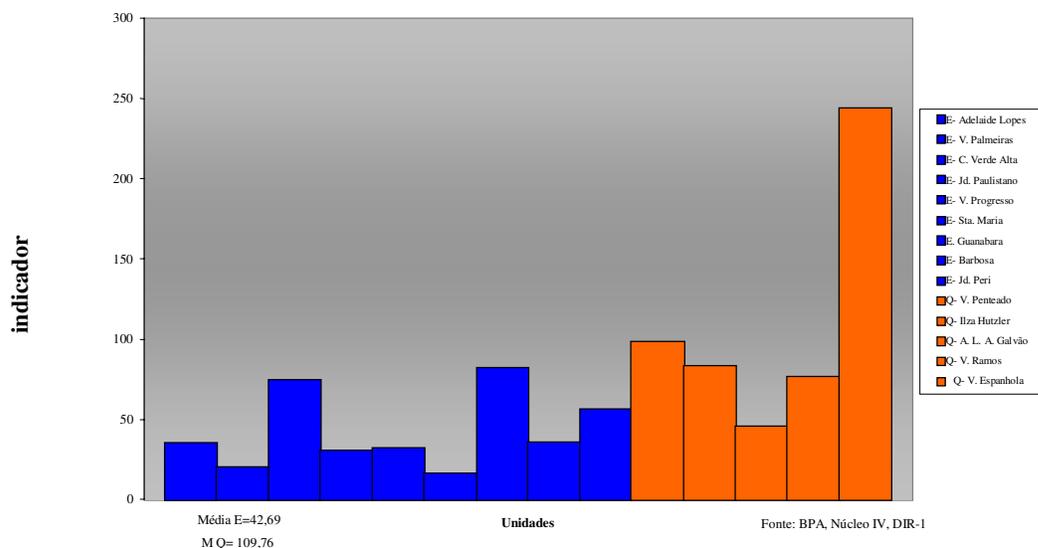


Gráfico 1-Número médio de exames colhidos para cada 100 consultas médicas realizadas. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000

Analisando **isoladamente** os dados observamos que todas as unidades realizam esta atividade, embora perceba-se diferenças entre elas no que diz respeito ao valor do indicador. A média do indicador é mais elevada no grupo Qualis do que no grupo Estado, valor este considerado significativo estatisticamente ($p < 0,05$). Chama atenção no grupo Qualis a unidade da Vila Espanhola pelo elevado número de coleta de exames em relação às demais, talvez porque ali também funcione o ambulatório de especialidades do Projeto Qualis na região norte.

O mesmo gráfico, ao ser apresentado aos participantes no **grupo focal**, suscitou, depois de um breve momento de silêncio, algumas perguntas sobre a construção dos indicadores, para logo em seguida o grupo começar a comparar os indicadores nos dois grupos de unidades e a levantar possíveis explicações para as diferenças evidenciadas. Primeiramente é confirmada a explicação apresentada na análise anterior sobre o valor diferenciado do indicador da Ubs. Espanhola, relacionado à natureza da unidade que funciona como serviço de maior complexidade, servindo como referência de especialidades para as demais. A partir da observação de uma das diretoras (J), "*...não é preocupante do ponto de vista de quanto exame que a gente não tá precisando fazer para elaborar um diagnóstico. Isso é uma coisa de reflexão mesmo.*" deflagra-se uma intensa discussão, levando outra diretora (L) a pontuar afirmativamente "*... Eu acho que o problema foi,*

continua assim, os médicos solicitam muitos exames, que é um problema que deveria ser atacado." Durante a discussão são levantadas várias possibilidades de explicações para o problema levantado, desde o *"tipo de consulta do médico generalista"*, até características da organização do trabalho no Qualis, como a utilização de protocolos para alguns grupos de pacientes, o que diferenciaria o Qualis das unidades do Estado, *" porque eles não trabalham com protocolo, eles trabalham com a queixa pontual"* e por isto, o trabalho médico no Qualis demandaria maior solicitação de exames. No decorrer da discussão, uma das diretoras (J) levanta como problema do Qualis a descontinuidade do processo de capacitação dos profissionais, o que também contribuiria para o aumento da solicitação de exames complementares, pela *"insegurança de se cercar e elaborar um diagnóstico"*, o *"famoso pecar por excesso"*, resultando uma quantidade de exames, *"que vêm com normalidade"*. Uma diretora conclui (L) *"não foi formado generalista e acabou virando."* A partir deste ponto a discussão foi ficando centrada na insegurança do profissional médico, levando em dado momento, algumas diretoras (V, N) a considerá-la positivamente, uma vez que o médico generalista por ser *"responsável por uma área restrita, responsável por aquela população..."* tenderia a solicitar mais exames, diferentemente dos médicos das *"unidades tradicionais"*, que *"de repente vai embora e aquele paciente vem e pode não voltar mais porque procura outro profissional..."* Da discussão subentendemos que o grupo se refere à características da configuração tecnológica da modelagem PSF - responsabilização por uma área de famílias adscritas - mecanismo potencialmente facilitador de vínculo entre as famílias e as equipes do PSF. No entanto, esta característica do Qualis, na opinião de outra diretora (N), deveria estar promovendo exatamente o contrário, ou seja, *"se eles conhecem o paciente, eles têm sua população. Então também não demandaria tantos exames assim."* Dito por nós, de outra maneira - se os médicos de família conhecem a população sob seus cuidados, se contam com outros profissionais na equipe, se têm possibilidade de acompanhar seus pacientes com menos distanciamento, poderia se esperar uma prática clínica menos dependente de exames complementares. A análise do gráfico finaliza sem uma posição conclusiva do grupo sobre as causas que explicariam o "excesso" na solicitação de exames (por parte dos médicos do Qualis) e apontando um outro problema - a rotatividade do profissional médico no Qualis -, o que na opinião das diretoras, também contribuiria para o problema discutido.

Tabela 8. Número médio de inalações realizadas para cada 100 consultas médicas.
Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de inalações</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	11,9
V. Palmeiras	14,8
C. Verde Alta	6,4
Jd. Paulistano	14,2
V. Progresso	5,1
Sta. Maria	13,5
Guanabara	4,0
Barbosa	13,7
Jd. Peri	75,1
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	44,9
Ilza Hutzler	21,9
A. L. A. Galvão	32,1
V. Ramos	35,1
V. Espanhola	33,4

Fonte: BPA, NúcleoIV, DIR-I

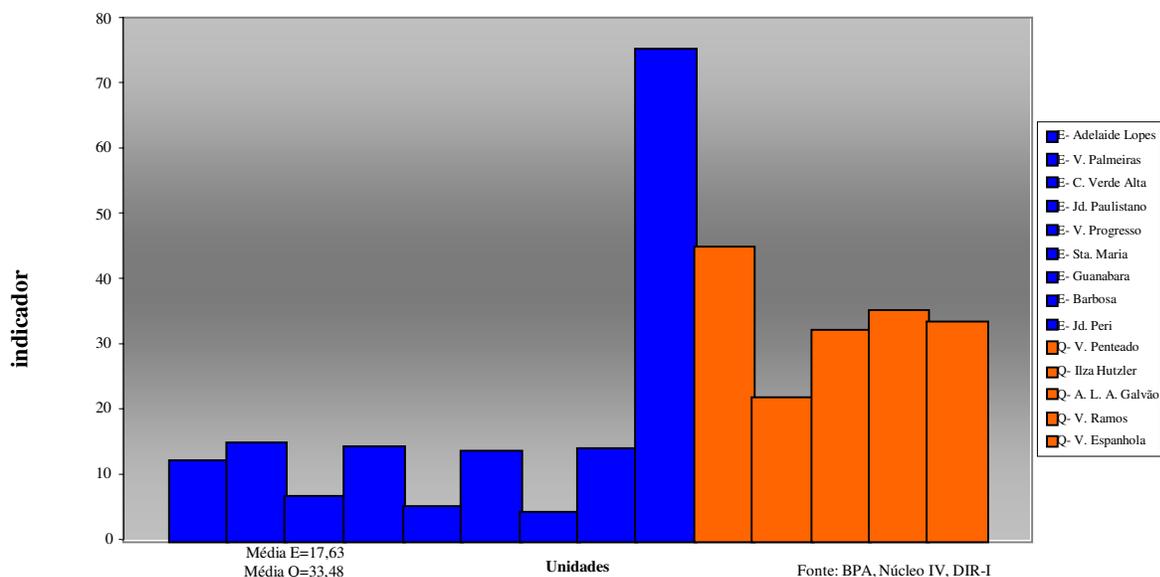


Gráfico 2 – Número médio de inalações realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Período Janeiro-Junho 2000.

Visto o gráfico **isoladamente** fica demonstrado que, de forma geral, as unidades têm incorporado como rotina a realização de inalações. Contudo, colocamos em discussão a acessibilidade dos serviços no oferecimento dessa tecnologia aos seus usuários. À primeira vista, pode-se inferir que os usuários das unidades do Qualis têm maior acesso à realização de inalação do que os usuários do outro grupo. A média do indicador para o grupo Qualis é bem maior que a do grupo Estado, com significância estatística (p igual a 0,020). Das unidades do grupo Estado, merece ser destacada a Ubs. Jardim Peri, que se diferencia largamente das demais unidades, nos dois grupos.

No grupo focal este gráfico suscitou inicialmente algumas reações de risos nas participantes. Ao ser questionado o seu motivo pela moderadora, uma diretora (V) fala, em tom de pergunta: "*essas inalações, elas foram analisadas num total de inalações? Porque a gente também faz inalação para pacientes que não são da área adscrita.*" Aos poucos, à medida que o grupo começa a discutir e a levantar as primeiras explicações, vai ficando claro o motivo dos risos iniciais. As participantes começam a evidenciar as diferenças nos indicadores entre o grupo Qualis e o grupo Estado. As primeiras unidades destacadas são a Ubs.Penteado e a Ubs. Jardim Peri, e a partir da análise dos dados dessas unidades aparecem as primeiras explicações para as diferenças do indicador. As unidades do Qualis

absorvem demandas para procedimentos de enfermagem oriundas de outras áreas, segundo o grupo, *"demanda do PAS que a gente acaba absorvendo"* e de hospitais próximos, *"o hospital passa a primeira inalação, mas ele só oferece a primeira inalação, o resto ele tem que tomar na unidade"*. O riso é então explicado pelo fato das unidades do Qualis atenderem demandas provenientes de áreas externas ao projeto, o que explicaria os valores diferenciados do indicador neste grupo, quando comparado com as unidades do grupo Estado.

Quanto a Ubs. Jardim Peri, o grupo confirma a leitura do gráfico feita anteriormente e complementa *"...é uma unidade que não consegue absorver a sua comunidade (...) (o usuário) procura todos os serviços do Estado, da Prefeitura, do Qualis, inclusive para consulta médica, (...) porque inalação não é 1 inalação, a consulta é. Então ele volta, os retornos para fazer inalação e volta para a unidade mais próxima que é o Peri."* Mais adiante ficará esclarecido porque a unidade, apesar de não conseguir absorver a demanda de atendimentos médicos, consegue ter uma performance diferente para a realização de inalações. Diferentemente das outras unidades do grupo Estado, a Ubs. Jardim Peri tem um horário de funcionamento mais elástico, *"o Peri, acredito que fica aberto até às 19 horas"*.

Continuando a discussão, enquanto uma diretora (L) opina que o tamanho do indicador em sua unidade está relacionado a uma característica da população atendida, *"é uma região problemática em termos de infecção respiratória"*, por isso se diferencia das outras, *"ela passa o Espanhola, que é maior, tem especialidade"*, outra diretora (J) advoga em favor de sua unidade, que esta apesar de atender demandas de outras áreas, de também estar localizada numa área com perfil de morbidade semelhante *"a demanda interna de inalação é (...) nós usamos oxigênio e fica assim, bem criterioso a demanda interna"(...) diferente do que eu já tinha vivido em outras unidades"*. Se considerarmos que as argumentações destas duas diretoras foram apresentadas com o sentido de justificar os valores opostos do indicador nas suas unidades, não podemos deixar de refletir sobre a limitação deste indicador, se utilizado isoladamente, como instrumento de avaliação de qualidade de serviços.

Outra diretora (N), ao ser estimulada pela moderadora para participar da discussão, concorda com as explicações levantadas sobre as unidades Jardim Peri e Vila Espanhola e observa que a área onde está localizada a unidade que dirige distingue-se das demais: "*com relação ao Ilza, (...) a minha população realmente não tem muitas crianças (...) e aqui demonstra bem isso, que nós temos uma população (...) mais adultos*".

Nesse momento o grupo se concentra na análise do gráfico. A discussão vai convergindo para o entendimento de que as unidades do Qualis, assim como a Ubs. Jardim Peri, se diferenciam do restante por conta de favorecerem o acesso para a realização de inalações, em virtude de terem um horário de funcionamento maior que as outras unidades do grupo Estado. A discussão do gráfico termina com as falas de duas diretoras acrescentando, a favor do Qualis que a "*maior regularidade do RH*" e "*o atendimento mais acolhedor*" também influenciam nos resultados apresentados no gráfico.

Tabela 9. Número médio de coletas de baciloscopias para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de coletas de baciloscopias</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	0,0
V. Palmeiras	0,0
C. Verde Alta	0,0
Jd. Paulistano	0,1
V. Progresso	0,0
Sta. Maria	0,0
Guanabara	0,0
Barbosa	0,1
Jd. Peri	0,4
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	0,7
Ilza Hutzler	0,4
A. L. A. Galvão	0,6
V. Ramos	0,9
V. Espanhola	1,5

Fonte: Laboratório Tucuruvi e Freguesia do Ó

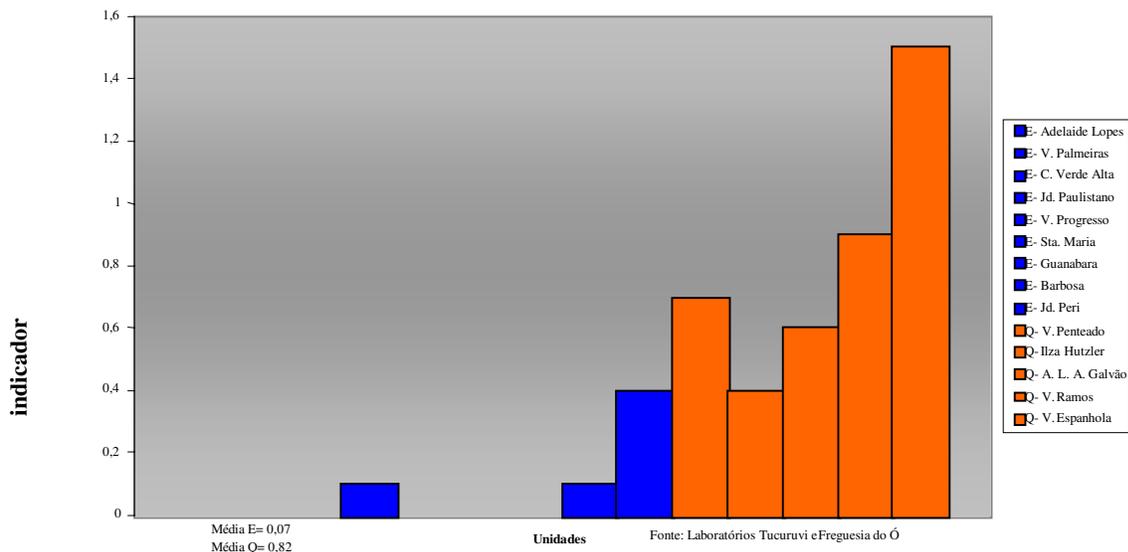


Gráfico 3 – Número médio de coletas de baciloscopias para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000

A análise **isolada** deste gráfico permite visualizar o fraco desempenho do grupo de unidades do Estado para a utilização de uma tecnologia reconhecida em saúde pública como de grande efetividade no diagnóstico da tuberculose. Chama atenção o fato do indicador só se fazer presente em três das nove unidades do grupo. Diferentemente, todas as unidades do Qualis fazem coleta de escarro para baciloscopia, destacando-se no grupo a Ubs. Vila Espanhola, provavelmente por ter pneumologista no ambulatório de especialidades. A diferença nas médias do indicador teve significância estatística ($p=0,002$).

No **grupo focal** a apresentação do gráfico provoca risos e expressões de espanto nas participantes. A moderadora questiona o grupo, - *"por que vocês estão espantadas?"* . A primeira diretora (L) a se expor, pondera *"...a Unidade Básica de Saúde, ela tem como um dos programas o atendimento à TB. Na verdade quem faz o atendimento, o tratamento à TB é a Unidade Básica e de... nove unidades, somente três realizava..."* . Todas querem se manifestar ao mesmo tempo, mas a moderadora pede *"Uma de cada vez"*. Outra diretora (V) começa a falar *"Mas as unidades do Estado têm aquelas referências para o Programa de Tuberculose. São pouquíssimas unidades..."*, sendo quase interrompida por outra (Y) que diz *"Na verdade, eu acho o seguinte: primeiro, se a gente fosse analisar anterior à capacitação, na verdade, até os nossos profissionais (...) veja o*

sintomático respiratório, porque na verdade, algumas questões você tem que ser capacitado, discutido... porque passa despercebido mesmo.(...) Em segundo lugar assim, não tem uma cultura no Estado, na verdade eles jogam muito para a questão da especialidade, apesar de falar sempre a questão do diagnóstico precoce, principalmente em TB, mas na verdade, na prática as coisas não ocorrem. O pessoal acaba referenciando: "Não, aqui eu não tenho controle de TB". Então o que acho que deu essa valorização em termos das baciloscopias, mesmo nas unidades do Qualis foi em função da capacitação que houve...". A moderadora pede que o grupo analise as diferenças do indicador entre as unidades do Qualis, mas o grupo ignora o pedido e a discussão continua centrada nas diferenças entre os dois grupos de unidades. A diretora da Ubs. Espanhola faz questão de confirmar que a sua unidade funciona como referência em tuberculose para unidades do Estado, e que muitas vezes *"os casos já vêm praticamente diagnosticados"*, ficando para o ambulatório da Ubs. Espanhola a notificação da doença. Aparece uma primeira discordância (J) entre as diretoras: *"Eu discordo um pouco da Y, (...) Em relação às unidades do Estado, porque todas elas passaram por treinamento de tuberculose. Então, isso não justifica só..."*. A diretora (Y) que se havia manifestado sobre a importância da capacitação como o elemento diferenciador para as diferenças do indicador responde que não é só o oferecimento da capacitação para os profissionais. Na sua experiência anterior, quando era diretora no Estado, *"...Na verdade laçar, era bem essa questão quando vinha o treinamento, uma capacitação, (...) a resposta positiva dos profissionais não era tão grande assim. Primeiro porque ele tem aquele horário, porque capacitação é aquela jornada, então quem vai é porque quer e porque realmente vai ficar. E na unidade, na verdade a prática não é essa, ele vem, atende o que tá agendado e depois eles acabam indo embora. Então, e essa sensibilidade não existe, na vontade de ser capacitado. Os profissionais (do Qualis). Eles brigam pela capacitação..."* A "sensibilidade dos profissionais" mencionada vai conduzindo o grupo a concluir que o "vínculo" dos médicos no PSF explica as diferenças do indicador de coleta de escarro para diagnóstico de tuberculose entre o Qualis e o Estado, e este fato está relacionado ao "modelo", que ao permitir *"que o profissional vá até a residência ver a condição de vida"*, predispõe uma maior sensibilização dos profissionais *"porque ele associa (ao tratamento) não só a clínica, mas a realidade de vida das pessoas: condição, habitação e tudo mais"*.

Tabela 10. Número médio de coletas de citologia oncótica para cada 100 consultas médicas realizadas em > 21 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de coletas de citologia oncótica</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	13,9
V. Palmeiras	5,3
C. Verde Alta	7,5
Jd. Paulistano	14,7
V. Progresso	13,1
Sta. Maria	8,6
Guanabara	8,5
Barbosa	7,1
Jd. Peri	6,5
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	9,7
Ilza Hutzler	9,4
A. L. A. Galvão	7,1
V. Ramos	6,0
V. Espanhola	12,2

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

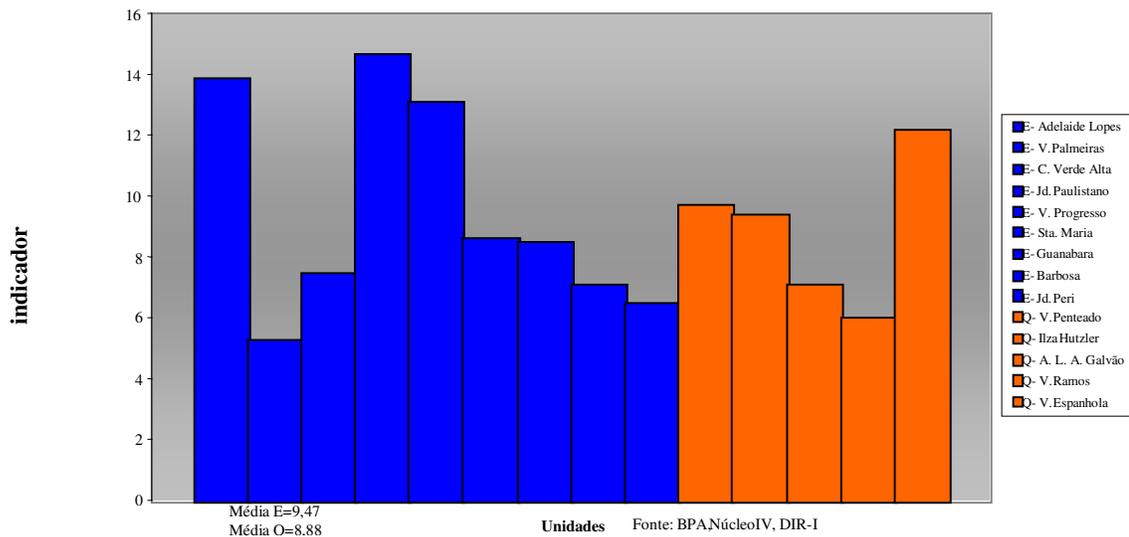


Gráfico 4 – Número médio de coletas de citologia oncótica para cada 100 consultas médicas realizadas em anos. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

Pela **análise isolada** do gráfico observa-se a incorporação da coleta de citologia oncótica nos dois grupos de unidades, de forma praticamente equivalente, sendo que a pequena diferença encontrada nas duas médias (ME=9,47 MQ=8,88), não apresentou significância estatística.

No **grupo focal** o gráfico é apresentado pela moderadora que procura chamar a atenção dos participantes para uma situação diferente, uma vez que aqui não se repete o que os gráficos anteriores mostraram, ou seja, não existem grandes diferenças no indicador entre os dois grupos de unidades. Uma das diretoras reage, rindo bastante. A moderadora procura estimular a participação de duas diretoras que se manifestam menos que as outras, mas não tem sucesso. Uma das diretoras (L), das mais participantes, não se contém e começa a falar - "*É um problema sério, porque na nossa realidade quem faz a citologia oncótica não é necessariamente o médico, as enfermeiras fazem bem mais do que os médicos...*" A investigadora explica que o indicador foi construído incluindo as informações da coleta de todos os profissionais que realizam esta atividade nas unidades, não somente dos médicos. A mesma diretora (L) que havia falado antes confirma que já havia entendido isto e responde rindo "*...Se você comparar a consulta versus citologia oncótica colhida pelo médico, pode ser que vá até lá embaixo, pode ser até que zere, entendeu?*". A diretora (J) que no começo da discussão havia reagido com riso, assim se manifesta - "*Esse é um nó*

muito grande, pelo menos na minha unidade, porque uma vez que a gente trabalha na área adscrita, conhece as mulheres que freqüentam, tem a faixa etária que a gente poderia estar captando, que a gente tem verificado que as mesmas mulheres fazem coletas rotineiras, são as mesmas que andam vindo colher o mesmo papa que colheu alguns meses atrás. Qual é a estratégia que a gente não tá... qual é o problema que a gente não tá conseguindo aumentar essa cobertura(...) Então a gente não descobriu ainda uma estratégia de captação dessa mulher para fazer a consulta...".

Uma outra diretora (V), embora assumindo que exista "uma baixa cobertura de citologia oncótica" na sua unidade, concordando que isso se constitua num "nó", tem uma outra postura, à medida que tenta justificar o problema da organização do trabalho do Qualis comparando com a organização nas unidades do Estado. E diz assim - "uma das atribuições do Estado é basicamente a coleta do papanicolau" e em muitas unidades os auxiliares (de enfermagem) foram treinados em coleta, daí o resultado apresentado no indicador para o Estado. Na fala da diretora, no Qualis, "como o médico não colhe", a coleta é dividida entre as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem e, face às "atribuições da equipe", o "tempo de agendamento" para esta atividade "é curto", acaba sendo "um período por semana", algumas enfermeiras por "não terem muita prática" "agendam só oito", resultando uma situação de "demanda reprimida".

A expressão "demanda reprimida" provoca novas reações no grupo - "eu não tenho demanda reprimida, inclusive eu tenho falta na agenda". A diretora (V) que havia colocado para o grupo a existência de demanda reprimida reposiciona-se: "Não, eu tenho falta na agenda, mas isso não quer dizer que eu tenho demanda reprimida. É que demora o agendamento e elas acabam faltando." Entra outra diretora (Y) na discussão argumentando "... no Penteado, (...) tinha uma baixa cobertura, você tinha uma agenda aberta cujo número de absenteísmo para coleta era mais do que 50% e aí a gente tentou fazer uma avaliação e estabelecer uma nova estratégia, que para esse ano a gente tá pegando com mais seriedade(...). Campanha é uma coisa que funciona, principalmente no papa que a mulher esqueceu do dia, é um exame que na verdade ninguém gosta de fazer, a população de uma forma geral não gosta de fazer, coincide que aquela data adiantou ou atrasou e a menstruação... no dia da consulta ela tá realmente menstruada. Então, por todos esses fatores a gente resolveu fazer a campanha. A gente fez na área 14 em 4 momentos. A

quantidade que a gente conseguiu... mas, aí mobilizamos a equipe. Chegamos a sentir que tinha 70 papas por dia. Então é uma estratégia... pessoa até de 60 anos, que nunca sequer tinha feito o exame ginecológico. Mas aí o agente comunitário ia até a residência, explicava e acabava sensibilizando a pessoa. Mesmo os idosos apareceram nesse momento. Então acho que é questão de estratégia porque o espaço a gente tem." Apesar desta fala, o grupo volta para uma posição defensiva, retomando a comparação com o Estado, como pode-se perceber pela fala de uma diretora (L), discordando da anterior - *"Eu acho que apesar da gente ter espaço na agenda, se você comparar com as unidades do Estado, elas fazem de 3 a 4 vezes por semana o papanicolao, quando não 5 vezes da semana, todos os dias. Agora nas nossas unidades não dá para fazer isso. Nós não temos agendamento de papanicolao. A gente tem um período durante a semana, na minha unidade são dois períodos."* Diante do impasse, a moderadora interfere, perguntando se os procedimentos (coleta de exames, coleta de escarro, coleta de citologia oncótica) auxiliam um maior acesso ao diagnóstico, o que esses procedimentos garantem para a população atendida. Uma diretora (V) não entende a pergunta, a investigadora procura ajudar recolocando a questão de outra forma, mas o grupo continua interagindo entre si, desconhecendo as questões colocadas. Uma diretora (J) levanta *"a demora do resultado do exame"* como outro "nó" para a realização da citologia oncótica no Qualis, o que na sua opinião *"prejudica a credibilidade do trabalho perante os pacientes"* o que leva outra diretora (L) a se colocar diferentemente - *"Isso não justifica, as unidades do Estado têm o mesmo sistema do que o nosso. Eu concordo com você que é um nó crítico, mas não dá para você falar que as unidades do Estado, que realiza muito mais do que nós, também tem esse nó crítico."* A diretora anterior (J) continua argumentando *"Sim, mas o modelo assistencial que a gente presta, a gente sempre garante algumas coisas com muito... maior rapidez do que as unidades do Estado ou por vias, né, por exemplo, apesar da nossa agenda estar super lotada a gente garante a entrada desse paciente, garante o acesso, quando você chega aqui você emperra como as outras"*.

Tabela 11. Número médio de consultas de enfermeiras realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro – junho, 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de Consultas de Enfermeiras</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	0,0
V. Palmeiras	0,0
C. Verde Alta	19,4
Jd. Paulistano	3,1
V. Progresso	0,0
Sta. Maria	0,0
Guanabara	3,9
Barbosa	5,5
Jd. Peri	1,4
Qualis	
V. Penteado	53,7
Ilza Hutzler	65,7
A. L. A. Galvão	47,2
V. Ramos	89,5
V. Espanhola	87,2

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

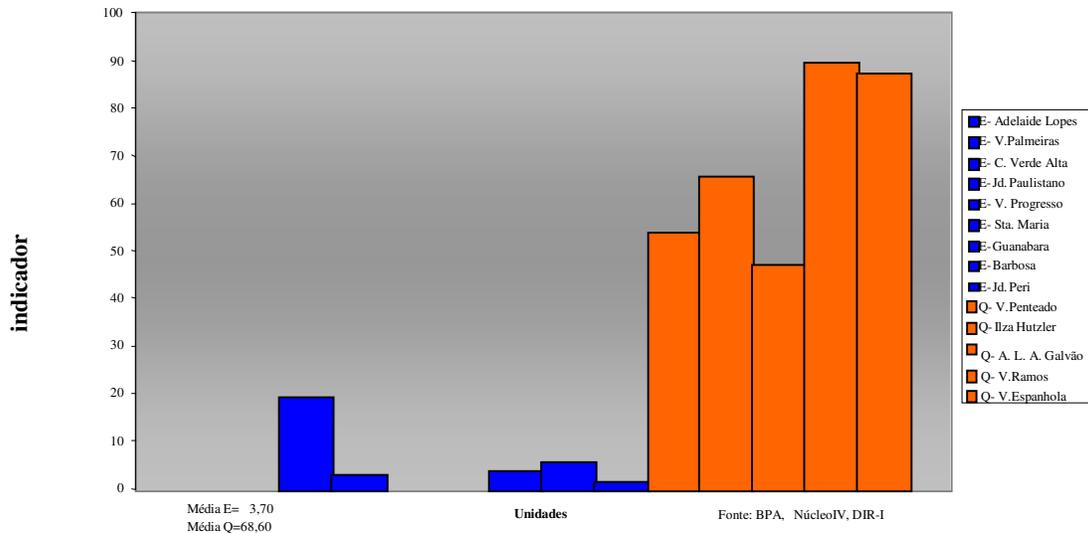


Gráfico 5 – Número médio de consultas de enfermeiras realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

Analisando **isoladamente** o gráfico fica evidente a importância da enfermeira no trabalho do Qualis, numa posição diferente daquela usualmente ocupada na saúde pública, onde a enfermeira é colocada principalmente em funções de supervisão e controle do pessoal de enfermagem. A diferença entre as médias deste indicador nos dois grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,002$).

No **grupo focal**, mais uma vez, o gráfico é recebido com risos pelos participantes em vista das diferenças no indicador serem favoráveis ao Qualis. O grupo começa a discussão quase de imediato, manifestando sua opinião sobre a razão pela qual o indicador para consulta de enfermeira é superior em todas as unidades do Qualis. Diz uma diretora (V): *"As unidades do Estado nem enfermeira têm e as poucas que têm ficam presas ao administrativo."* A investigadora interfere acrescentando *"...tudo bem o Qualis tem enfermeira. Na opinião de vocês isso modifica o trabalho da unidade? O que a incorporação desse profissional acrescenta ou não ao trabalho?"* Alguém (J) responde - *"Não só tem enfermeira, como ela tem um papel ativo dentro da equipe tem um novo, não é novo, ela é voltada de fato à assistência e não ligada muito à parte administrativa."* Demarcada a diferença entre o Qualis e o Estado, as diretoras voltam-se para a avaliação de suas unidades. Uma diretora (L) levanta o *"acolhimento"* como uma das responsabilidades

da enfermeira no Qualis e que *"todos os casos"* que entram na sua unidade *"passam pelo acolhimento"*. Uma outra diretora (Y) coloca que na sua não é assim, o que leva a moderadora a questionar essa diferença entre as unidades do Qualis. A primeira explicação que surge sobre as diferenças do indicador nas unidades do Qualis está relacionada ao número diferente de enfermeiras nas unidades, o que é decorrência do número de equipes instaladas em cada unidade. No entanto, isso não explica tudo. Nas próximas falas vão surgir formas diferentes de organização do acolhimento nas unidades. Uma das diretoras (V) usa o gráfico para explicar o comportamento do indicador na sua unidade - *"É que, por exemplo, a minha unidade aqui, ela tá mais baixa em relação à consulta de enfermeira, mas realmente o acolhimento da minha unidade é feito diferente do acolhimento do Ramos. Só vai para o acolhimento, para atendimento de enfermeira aquele paciente que tiver queixa mesmo. Se for uma consulta para marcar, um resultado de exame, para ver se chegou ou não, vai para a recepção mesmo, ela que absorve a demanda, então a demanda na minha unidade só é absorvida mesmo pela enfermeira pelo fato da queixa..."*. A mesma diretora é interrompida e ao retomar a palavra, aproveita para registrar que na sua unidade houve um período em que o acolhimento foi suspenso motivo da chegada de *"um documento que veio do COREN"*, o qual deixou as enfermeiras da unidade *"muito inseguras"*. A observação fica no ar porque a próxima diretora (Y) que toma a palavra, retoma a diferença do trabalho da enfermeira entre o Qualis e o Estado, colocando que não basta ter o profissional no serviço, é necessário que se invista na *"capacitação"*, porque as pessoas se formam, mas *"nunca lidaram com esse tipo de atendimento"*, e da mesma forma que acontece com o profissional médico no Qualis, *"esse tipo de atendimento"* gera *"insegurança"*. Esta mesma diretora (Y) continua com a palavra, discorrendo sobre a organização do acolhimento - *"...quando você compara as unidades do PSF, eu acho que a grande diferença é a questão na forma que é feito o atendimento, por exemplo, na minha unidade o acolhimento, a consulta de enfermagem é realizada de uma forma programática ou aquela referenciada pelo acolhimento realizado pelo auxiliar de enfermagem. O auxiliar de enfermagem tem um nível de resolutividade, dá conta do recado, orienta, tal e vai embora. Outra parte tem algumas situações como sintomas que a enfermeira pode intervir, agora se você tá com uma infecção que precisa de um antibiótico, de uma outra conduta, então ele vai do acolhimento vai para a enfermeira cujo médico porque precisa*

de uma intervenção médica mesmo". Pelas fala fica evidente a incorporação da enfermeira na assistência, embora com uma certa heterogeneidade; em algumas unidades elas estão à frente do acolhimento, em outras o papel está reservado para os atendimentos programáticos, ficando nestas situações como referência para o auxiliar de enfermagem que está no acolhimento.

Apesar das diretoras enfatizarem a importância da enfermeira na assistência, a moderadora pede que expliquem a sua opinião, o que gera um momento de silêncio entre elas, até que uma delas toma a palavra e começa a falar de outro assunto, que vai além da discussão do indicador em questão, - a dificuldade das equipes do Qualis responderem pelo atendimento de 1200 famílias -, tendo em vista *"a dimensão dos problemas de saúde"*. Na verdade, as diretoras vão usando o espaço do grupo para apontar problemas internos do Qualis que na sua opinião acabam se refletindo na qualidade do atendimento. Como se sabe, em geral as equipes de PSF cuidam de no máximo 1000 famílias, enquanto no Qualis esse número é maior, daí o desabafo da diretora (Y). Ela enfatiza o entendimento da saúde *"como qualidade de vida, condições de vida"*. E nesse sentido, os problemas são muitos, o que requer a necessidade de planejamento, estabelecimento de prioridades e de estratégias para impactá-los. A diretora fala e as demais concordam, balançando a cabeça. -*"... essa estratégia é extremamente importante porque hoje eu avalio quando você passa pelo corredor da unidade a característica da minha demanda é totalmente diferente há 2 anos atrás. Acho que todo mundo nota, o impacto na hora que você pega e controla os seus pacientes doentes crônico-degenerativos, hipertensos e diabéticos, na verdade eu não tenho aquela quantidade de doentes descompensados, montão de gente em observação soro terapia, às vezes eu não precisava, às vezes eu tinha 5 pacientes acompanhados nessas condições. Hoje eu não tenho mais isso, então são estratégias que a gente foi adotando até para dar conta do recado, que ainda estamos longe de dar conta, mas de qualquer forma se você não faz um planejamento onde você tem claro o seu diagnóstico da sua clientela, da sua comunidade e vai ver como é que a gente pode estar trabalhando essas questões para conseguir o controle efetivo da saúde. Estamos longe? Estamos, mas estamos no caminho!"*

Tabela 12. Número médio de visitas domiciliares realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de visitas domiciliares</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	0,0
V. Palmeiras	0,6
C. Verde Alta	0,2
Jd. Paulistano	0,0
V. Progresso	0,0
Sta. Maria	0,0
Guanabara	1,1
Barbosa	1,0
Jd. Peri	1,8
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	13,4
Ilza Hutzler	0,0
A. L. A. Galvão	8,0
V. Ramos	12,2
V. Espanhola	17,6

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

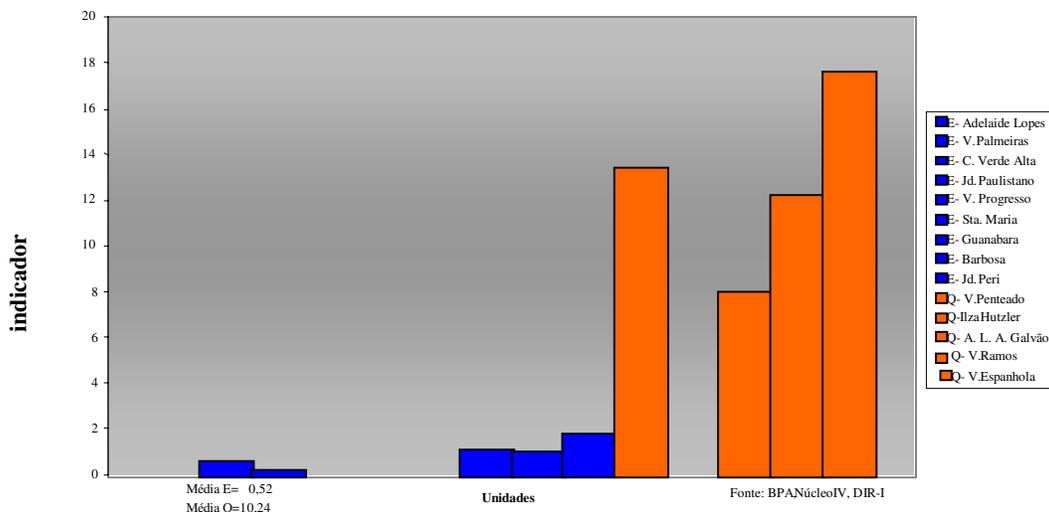


Gráfico 6 – Número médio de visitas domiciliares realizadas para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

Na análise **isolada** do gráfico observamos uma pequena participação da visita domiciliar nas unidades do Estado; em quatro delas o indicador não se fez presente. Em contrapartida, o indicador aparece como atividade importante nas unidades do Qualis, com exceção da Ubs. Ilza Hutzler. Como sabemos ser a visita domiciliar atividade de rotina nessas unidades, este dado provavelmente está vinculado à falta desta informação no banco trabalhado. Apontamos mais uma vez que as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários não foram incluídas no cálculo do indicador. Em termos estatísticos, o p foi significativo para as diferenças nas médias do indicador ($p=0,034$) entre os dois grupos de unidades.

No **grupo focal** o gráfico foi recebido pelas participantes com espanto - "Uééé... sumiu!!" - provocado pela ausência do indicador da Ubs. Ilza Hutzler. A investigadora esclarece que provavelmente houve falha no registro das informações no banco de dados recebido do Núcleo IV. A moderadora retoma a coordenação da atividade e pede que as diretoras se concentrem na análise do indicador para visita domiciliar. Uma diretora (L) levanta a primeira explicação. Enquanto *"no Estado a visita domiciliar é voltada para a vigilância epidemiológica"*, no Qualis a visita é realizada não só para a vigilância epidemiológica como também para *"os casos que necessitam de uma atenção maior"*, como *"recém-nascidos"* e *"acamados"*. O grupo mantém-se concentrado na análise

do gráfico. A moderadora recoloca a questão: *"...para vocês qual a função dessa visita domiciliar na organização do serviço? Ela é importante? E por quê?"* As resposta surgem imediatamente. Primeiro, a visita domiciliar é atribuição de todos os membros da equipe - *"É uma complementação do diagnóstico médico, vamos dizer assim, mas complementa o dados de consulta, de intervenções da própria equipe."* Uma das participantes (L) interrompe a sequência da discussão para perguntar se na construção do indicador foram incluídas todas as visitas realizadas em cada unidade. Após a resposta afirmativa da investigadora, a pergunta é recolocada - *"Para que serve a visita?"* Outra diretora (J) recoloca as respostas já referidas - *"Além de prestar assistência àquele indivíduo que está acamado, então existe a parte da prevenção que é captar aquela criança ou aquele recém-nascido para a unidade de saúde, garantir àquela puérpera e também a promoção de saúde..."* E acrescenta a necessidade do conhecimento do ambiente familiar para melhor conduzir as intervenções planejadas pelas equipes. A moderadora pergunta se a visita também tem importância na construção do vínculo. A resposta é imediata e positiva, *"não só cria, como fortalece"*, à medida que a presença das equipes no ambiente familiar vai possibilitando que as *"famílias possam contar com as equipes"* e estas a se responsabilizarem pelos problemas concretos vivenciados. O vínculo também é percebido pelo grupo como facilitador da adesão às condutas terapêuticas. Segundo uma diretora (Y), a visita domiciliar *"ainda está muito vinculada à questão do acamado"*, *"a gente não consegue sair muito da questão do acamado"*. Tal manifestação faz-nos observar que o grupo dá menor valor ao atendimento domiciliar prestado aos usuários que não conseguem se locomover até a unidade.

Uma das diretoras (L), analisando o gráfico, observa que a unidade que tem menos equipes de família é a que mais realiza visita domiciliar, o que significa que o tamanho do indicador não está associado diretamente ao número de equipes de cada unidade. Duas diretoras reagem prontamente para explicar que a unidade citada, apesar de ter menos equipes, é a única que conseguiu fixar um auxiliar de enfermagem em cada equipe. Nas demais unidades, segundo uma delas, os auxiliares que fazem parte das equipes também se responsabilizam pelas demais atividades da enfermagem (vacinação, curativos, etc.), tendo portanto menos horas destinadas ao trabalho domiciliar, próprio do PSF. Essa

última informação faz-nos perceber que o peso do trabalho domiciliar no Qualis está mais centrado no auxiliar de enfermagem do que nos médicos e nas enfermeiras.

Tabela 13. Número médio de trabalhos de grupo realizados para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de trabalhos de grupo</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	0,3
V. Palmeiras	0,0
C. Verde Alta	0,1
Jd. Paulistano	1,8
V. Progresso	9,9
Sta. Maria	0,0
Guanabara	2,7
Barbosa	2,7
Jd. Peri	0,6
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	3,7
Ilza Hutzler	0,3
A. L. A. Galvão	2,4
V. Ramos	8,9
V. Espanhola	6,3

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

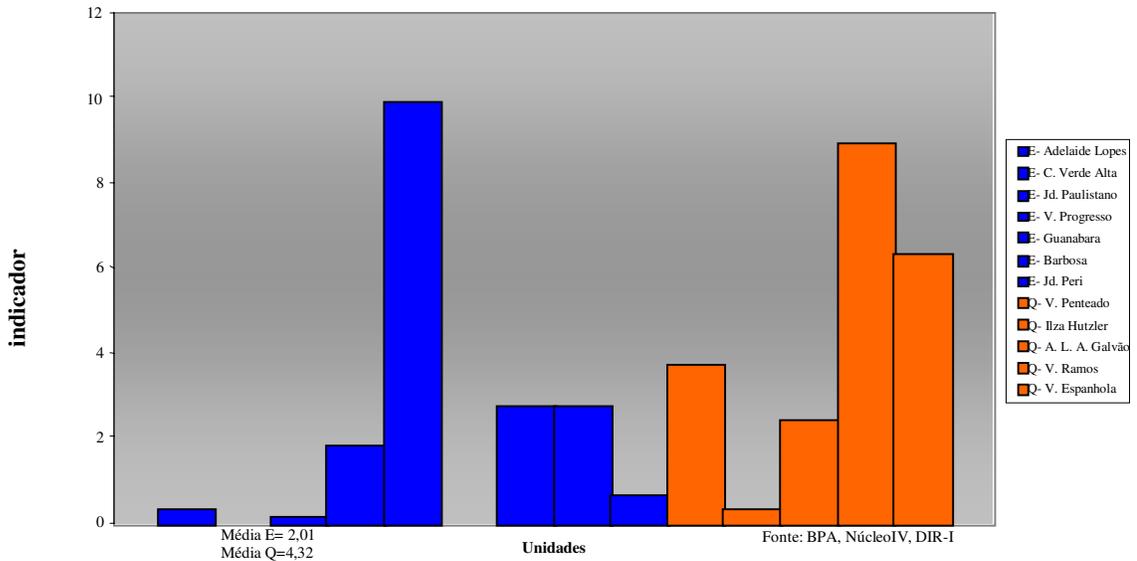


Gráfico 7 – Número médio de trabalhos de grupo realizados para cada 100 consultas médicas. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

Analisando **isoladamente** os dados no gráfico notamos que apesar de existirem diferenças nos indicadores para trabalho de grupo nos dois grupos, as diferenças não têm significância estatística. Mesmo assim, verifica-se que o indicador nas unidades Estado demonstra uma situação diversificada; em duas unidades o indicador não aparece, podendo-se presumir que nestas unidades a prática não é rotina; noutra (Vila Progresso), o indicador destaca-se sobremaneira em relação ao conjunto de unidades. Nas unidades do Qualis, a participação da atividade parece ser mais frequente, com exceção de uma unidade (Ilza Hutzler).

No grupo focal, nos primeiros momentos de observação do gráfico as diretoras expressam surpresa com o indicador na Ubs.Vila Progresso que se destaca do grupo - "*Que unidade é essa? Do Paulistano? ...AAAhhh, o Progresso..., que é a unidade que tem medicina alternativa, acupuntura*". Em seguida, voltando-se para os dados do Qualis, destaca-se a Ubs.Vila Ramos que apresentou o maior indicador no grupo. A explicação dada pela diretora da unidade está ligada ao seu espaço físico, que, por não dispor de salas de atendimento suficientes para acomodar todos os profissionais, utiliza o atendimento em grupo como alternativa para atender a população da área da unidade.

A moderadora recoloca a pergunta inicial sobre o objetivo do trabalho de grupo no Qualis. A mesma diretora (L) que se havia manifestado anteriormente usa as expressões *"tirar da consulta médica"*, *"tirar da consulta de enfermagem"* como finalidades do trabalho de grupo, e à medida que fala, vai deixando clara a utilização do trabalho de grupo como estratégia para acompanhar alguns grupos de pacientes (hipertensos, diabéticos) que se foram formando na unidade, em função do trabalho dos profissionais. As avaliações vão demonstrando que a prática de trabalho de grupo não é de desenvolvimento simples. A diretora da unidade (N), cujo indicador para trabalho de grupo é nulo não se expõe. Outra (V) revela que em sua unidade esta atividade não tem força por *"características da população"*, que *"falta muito"*, embora também admita a possibilidade que os profissionais *"não estejam conseguindo sensibilizar a população"*. A moderadora volta a instigar a discussão - *"...essas experiências têm sido positivas ou não...?"* O grupo não responde de forma afirmativa e continua explicando os motivos pelos quais as unidades utilizam o trabalho de grupo. Todas as explicações têm como origem *"a demanda"* que deixa *"o agendamento estourado"*. Por isso, algumas unidades adotam o acompanhamento em grupo, como a realização da puericultura, para conseguir disponibilizar mais vagas para o atendimento individual. Contudo, segundo uma diretora (L), o grupo para ter adesão, tem que ter resolutividade. Como exemplo, cita: *"O paciente não precisa passar num consulta médica para trocar a receita médica. No próprio grupo isso pode ser feito."* A moderadora insiste, *"entre os usuários, o que vocês verificam?"* Algumas diretoras começam a revelar sinais de cansaço. Mesmo assim, continuam as explicações e algumas falas mais afirmativas, *"o grupo não pode ser só de informação"*, *"tem que ter a troca entre os membros do grupo"*, *"a gente ganhou técnica"*, *"o grupo é para mudar valores, hábitos"*. Por fim, uma diretora (N) que até então não havia-se manifestado, conclui *"...Mas quando é um grupo mais lúdico, de ginástica, caminhada, de um passeio, de alfabetização, de alguma oficina, aí tem (adesão) e nem sempre são realizados pelos médicos. Fica mais a cargo das enfermeiras e dos próprios agentes comunitários."*

Tabela 14. Número médio de consultas médicas em saúde da mulher para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de consultas médicas</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	37,3
V. Palmeiras	32,1
C. Verde Alta	49,8
Jd. Paulistano	41,6
V. Progresso	31,7
Sta. Maria	31,3
Guanabara	49,3
Barbosa	32,7
Jd. Peri	0,3
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	9,8
Ilza Hutzler	16,1
A. L. A. Galvão	14,6
V. Ramos	4,0
V. Espanhola	0,0

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

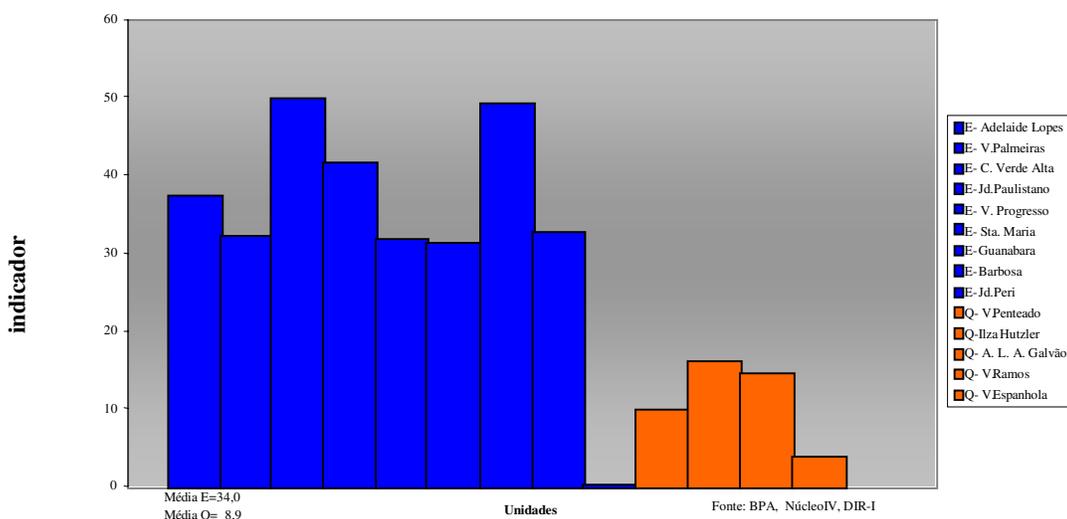


Gráfico 8 – Número médio de consultas médicas em saúde da mulher para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

Observamos na **análise isolada** do gráfico que apesar do indicador estar presente em todas as unidades dos dois grupos, assume um papel destacado nas unidades do Estado, com uma média muito superior à do Qualis, com um $p = 0,014$ estatisticamente significativo.

No **grupo focal** a apresentação do gráfico é recebida com burburinhos por conta da ausência do indicador na Ubs. Vila Espanhola. A moderadora procura levar o grupo a analisar as diferenças do indicador no Qualis e no Estado. As respostas são as seguintes: *"Porque tem todo um instrumento certinho, específico da coleta..."*, *"Aquele impresso do Estado... não é como o nosso. Os nossos devem ter jogado tudo para outros programas, os códigos, 99 deve estar assim"*, *"Eu acho que é isso mesmo. Eu acho que não tá sendo o código correto"*. A discussão não avança. Na nossa avaliação, o fato das unidades do Estado apresentarem melhor performance do indicador para consulta médica em saúde da mulher incomodou as diretoras do Qualis, daí os burburinhos marcados pela relatora do grupo focal. As diretoras mantiveram uma postura de buscar as diferenças exclusivamente na utilização do instrumento de coleta do grupo Estado, o qual facilitaria o registro desta informação nas unidades estaduais, o mesmo não ocorrendo no Qualis.

Tabela 15. Número médio de consultas médicas em hipertensão para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro-junho de 2000

<i>Unidades</i>	<i>Nº de consultas médicas</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	13,0
V. Palmeiras	12,6
C. Verde Alta	8,7
Jd. Paulistano	12,1
V. Progresso	23,0
Sta. Maria	7,6
Guanabara	0,0
Barbosa	9,0
Jd. Peri	12,3
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	36,0
Ilza Hutzler	16,6
A. L. A. Galvão	38,2
V. Ramos	24,2
V. Espanhola	28,1

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

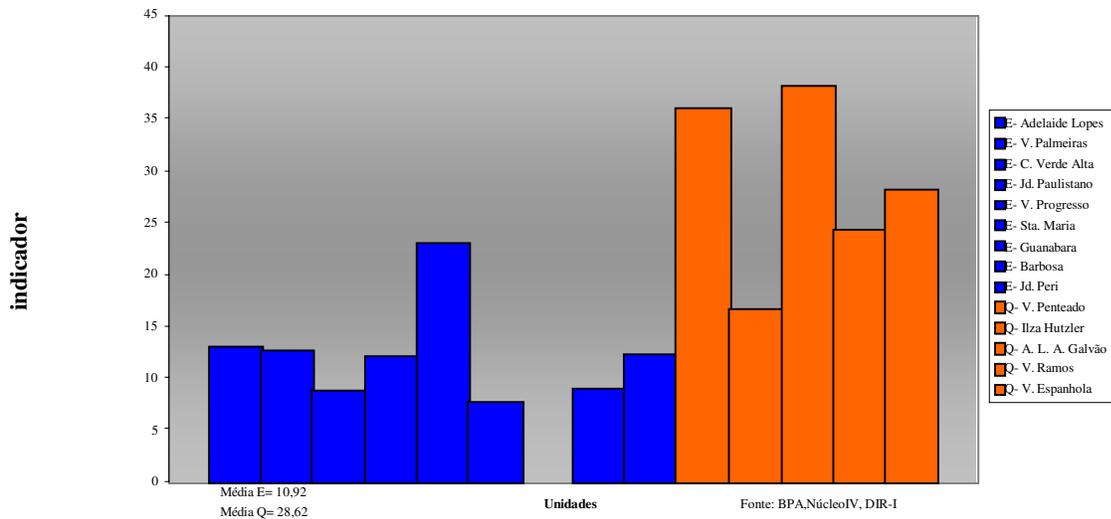


Gráfico 9 – Número médio de consultas médicas em hipertensão para cada 100 consultas médicas realizadas em > 15 anos. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

Neste gráfico, os indicadores comportam-se de forma contrária ao anterior (saúde da mulher), sendo mais elevados nas unidades Qualis, com o $p=0,013$, portanto estatisticamente significativa. Numa das unidades do Estado os indicadores estão ausentes, podendo-se inferir que nesta unidade não exista acompanhamento para este grupo de pacientes.

No grupo focal, o gráfico do indicador de hipertensão é recebido de forma diferente do anterior. As diretoras retomam a análise das diferenças no Qualis, e aos poucos, são capazes de reconhecer, através do gráfico, características da organização das unidades. Por exemplo, uma delas faz associação entre o indicador da sua unidade (Ubs.Galvão), considerado elevado, e o fato do acompanhamento dos hipertensos ocorrer principalmente através de atendimentos individualizados. Outra revela o contrário: o indicador menos acentuado na Ubs.Espanhola, é associado à prática do acompanhamento dos hipertensos na unidade dar-se "*praticamente*" em grupo. A moderadora pede que o grupo volte a analisar o gráfico anterior, buscando uma reflexão sobre o que explica a situação oposta entre os dois indicadores apresentados. Mesmo assim, o grupo insiste na explicação do instrumento específico para as informações em saúde da mulher do Estado, chegando até a acrescentar que no Qualis não deva ocorrer erro na codificação como havia

sido sugerido na discussão do gráfico sobre a saúde da mulher. Contudo, mais uma vez é colocada uma questão de ordem organizativa do trabalho para explicar a apresentação do indicador: a saúde da mulher, diferentemente do acompanhamento dos hipertensos, é mais da responsabilidade da enfermeira do que do médico. Por conta disso, no Qualis, o indicador para consulta médica em saúde da mulher poderia não estar refletindo o atendimento real deste grupo, à medida que uma parte significativa do atendimento em saúde da mulher é realizada pelas enfermeiras.

Tabela 16. Porcentagem de consultas médicas de pré-natal iniciadas no primeiro trimestre de gravidez. Unidades Estado e Qualis. Período: janeiro – junho, 2000

<i>Unidades</i>	<i>% de consultas médicas</i>
<i>Estado</i>	
Adelaide Lopes	25,8
V. Palmeiras	53,6
C. Verde Alta	63,6
Jd. Paulistano	60,2
V. Progresso	54,7
Sta. Maria	48,6
Guanabara	55,2
Barbosa	41,7
Jd. Peri	23,0
<i>Qualis</i>	
V. Penteado	5,3
Ilza Hutzler	42,0
A. L. A. Galvão	53,3
V. Ramos	41,5
V. Espanhola	64,5

Fonte: BPA, Núcleo IV, DIR-I

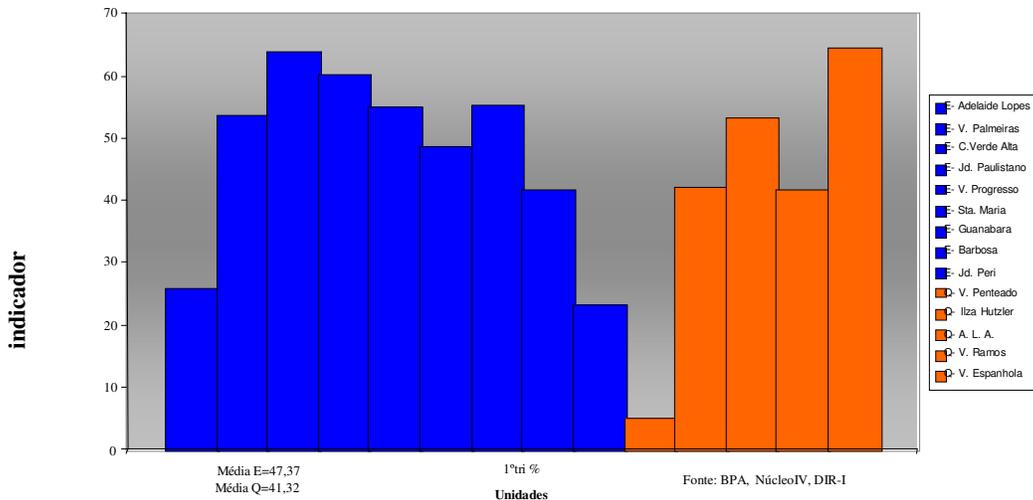


Gráfico 10 – Pré-Natal iniciado no primeiro trimestre (%), considerando exclusivamente primeiras consultas de pré-natal. Unidades Estado e Qualis. Período Janeiro-Junho 2000.

O que se observa na **análise isolada** do gráfico é que não existem diferenças significantes quanto ao começo do pré-natal entre os dois grupos de unidades, apesar da média do indicador mostrar-se mais favorável para o grupo Estado.

No grupo focal foi apresentado somente o gráfico referente ao primeiro trimestre de gravidez, justamente aquele no qual a média do indicador para o grupo Estado é maior do que no grupo Qualis. A reação no grupo foi imediata, com as participantes questionando novamente o instrumento de coleta de informação para o pré-natal. Segundo as diretoras, se tivéssemos utilizado como fonte para a construção do banco de dados, o SIAB (o Sistema de Informações em Atenção Básica, preconizado pelo Ministério da Saúde e utilizado em todos os PSF) e não o boletim de produção ambulatorial (BPA) do SIA, o resultado seria diferente - *"você comparando com o SIAB te dá mais? Porque nem sempre o médico quando coloca o código no SIA ele te coloca 1º semestre, 2º semestre, 3º semestre, que é o 27, 58 que ela tava falando. A gente precisa de uma estratégia para que ele colocasse lá porque para gente transcrever para o SIA é difícil, que eles não colocam."*, *"o instrumento que a Li pegou na verdade foi o BPA e no BPA realmente existe essa falha. Se ela pegasse o SIAB, com certeza não seria esse resultado."*, *"Elas têm uma planilha específica que detectam esses três trimestres? Nós não tínhamos essa planilha específica."*

Nós precisamos adequar na nossa planilha. Então, alguns dados se perderam em função disso, entendeu?!"

A investigadora, mesmo aceitando os argumentos sobre a questão do instrumento usado para o banco de dados, procura chamar a atenção do grupo para uma expectativa de que a configuração tecnológica do Qualis possibilitasse uma captação precoce para o pré-natal mais significativa. E, no entanto, segundo a investigadora - *"O que tá colocado aqui em relação ao Vila Ramos, aproximadamente começa o pré-natal... aproximadamente 45% das gestantes. A gente pode falar que é captação precoce do pré-natal?"*. Apesar das participantes responderem (em coro) que *"Não"*, duas diretoras (V, L), logo em seguida, voltam a colocar que se tivéssemos utilizado o SIAB, os resultados seriam diferentes. A discussão do gráfico se encerra com uma diretora defendendo que o SIAB permite a identificação de microáreas onde possa estar ocorrendo problemas na captação de gestantes para o pré-natal, gerando possibilidades de intervenções, junto aos agentes comunitários, para corrigi-los.

Finalizada a discussão dos gráficos, a moderadora apresentou às participantes a pergunta selecionada, conforme o roteiro estabelecido para o grupo focal - ***Vocês já foram gerentes em unidades do Estado. Qual a diferença em termos da organização do trabalho, da finalidade do trabalho e da própria gestão no Estado e no Qualis?***

De imediato todas responderam *"Tudo! Tudo!"*, para em seguida, cada uma começar a se colocar separadamente.

A primeira inicia a sua fala lembrando que antes do Qualis dirigia a mesma unidade onde está hoje e que a mudança foi *"não vamos falar em 100%, mas 80%"*, isto porque existem *"dificuldades"*, mas, segundo ela, estas dificuldades não impedem que se dê *"uma resposta ao paciente"*, *"a gente consegue ter o vínculo... muda tudo!"*. Na opinião da mesma diretora (V), *"É realmente uma outra gestão, o trabalho... ele é feito com um planejamento"*. Mesmo assim, pondera que *"esse planejamento ainda não está perto do ideal, mas as ações são planejadas, as ações são avaliadas, acha que tá errado, volta-se tudo"*. Antes, quando era diretora no Estado, *"... cumpria-se aquele programa, aquele pacote estabelecido e sem avaliação do serviço."* Na sua avaliação, a mudança foi *"da água para o vinho"* e apesar da presença de *"obstáculos"*, que não são explicitados na discussão,

ela trabalha com *"objetivos"*, diferente da época em que era diretora no Estado, quando *"você era mais um cumpridor de tarefas"*.

Outra diretora (Y) considera que *"independente do modelo assistencial"* que se opera, *"as condições operacionais"* são fundamentais. Antes da implantação do Qualis, a sua unidade estava *"sucateada"*, *"sem condições operacionais"*. Diferentemente, diz ela, *"Hoje eu tenho uma estrutura para que eu possa viabilizar este modelo assistencial em cima de um planejamento, fazer diagnóstico da realidade local, das equipes que estão discutindo e elaborando em termos de planejamento!"*. Ela reconhece a *"adscrição da população"*, uma das características da modelagem PSF, como um fator facilitador para o planejamento local e que o fato de ter computador na unidade *"facilita muito"*. Como uma das dificuldades, levanta não ter conseguido ainda *"aprofundar a discussão do impacto da nossa administração"*. Esta diretora questionou ainda que embora o trabalho em equipe seja importante, como acontece em sua unidade, o mesmo *"é uma coisa extremamente complicada"*, que exige conhecimento. Diz ela: *"...nós também não temos essa cultura, essa prática. (...) O gerente tem que ter a sensibilidade de priorizar, de desatar os nós dos conflitos. Não é fácil, não sei se vocês passam, mas eu passo no mínimo 60% do meu tempo que eu fico na unidade gerenciando conflito."* Ela referiu conflitos com as equipes e com a população. Com relação à população, segundo a diretora, antes do Qualis, o paciente *"...não tinha acesso, prioridade. Aí, abrimos as portas só que ele vinha com a história assim, que para atender uma criança tinha que ser o pediatra, para fazer o exame ginecológico, tinha que ser um gineco e assim por diante, senão ele falava: "não, não quero! Tem que ser um ginecologista, tem que ser um pediatra". Então naquele primeiro momento, a gente teve que fazer um trabalho junto com a comunidade, junto com a equipe para que essa... esse conflito fosse minimizado."* Ainda em relação a dificuldades, a mesma diretora levantou problemas na capacitação dos profissionais, o que na sua opinião é fundamental para a *"qualidade do modelo"*.

Outra diretora (L) argumenta que além da *"visão"* ter mudado, é importante que *"todos"* tenham a *"mesma visão"*. Como exemplo, cita o fato de diferentemente do que ocorre com *"o pessoal do Estado"*, no Qualis, *"nós todos fazemos a mesma carga horária"*. Como as diretoras anteriores, também menciona o planejamento como uma ferramenta utilizada pelas equipes para o levantamento das necessidades da população atendida e que o

trabalho em equipe, como acontece no modelo do PSF, apesar de não ser *"uma coisa só do Qualis"*, porque quando *"você trabalha em saúde pública, você tem que visar o trabalho em equipe"*, e este não acontece nas unidades do Estado, onde o trabalho é realizado de forma isolada pelos profissionais. Além disso, ressalta a presença no Qualis de profissionais com *"perfil"* para um trabalho com *"responsabilização"* e *"capacidade de formar vínculo"*.

Mais uma diretora (J) manifesta a sua opinião sobre as mudanças acontecidas na passagem de um modelo para outro. Ela assim se refere: *"Hoje a gente tem a oportunidade de ou trabalhado epidemiologicamente, ou planejar de acordo com nossa realidade. Então, para mim, é assim, gente trabalha em cima da nossa realidade. A gente tem hipertenso, a gente tem diabético, a gente tem gestante. Todos outros problemas que a gente lida, mas assim trabalha com a realidade e a gente não tem ficado só no problema saúde enquanto doença. A gente tem alojado outros setores, interpretando saúde como na sua definição mais ampla. Então a gente tem procurado, tem olhado pelo menos mudanças de risco social, trabalhar com parcerias, com intersetorialidade, que assim modifica muito."* Ainda registra que *"... como a gente nunca trabalhou antes isso é um processo mesmo de aprendizado e a gente tem aprendido na prática e sem esse perfil acho que não dá."*

A diretora que havia iniciado a discussão sobre as mudanças ocorridas com a implantação do PSF na sua unidade, complementa as últimas falas, lembrando *"o respeito pelo paciente"* como uma característica do profissional do Qualis. Lá, não existem coisas do tipo, *"Ah, esse cara não tem nada, ele veio aqui me encher"*. *Se ele foi lá é porque ele tem alguma coisa."*

Outra diretora, que também já se havia colocado, finaliza a discussão desabafando: *"... a gente sente até impotente com tanta demanda de serviço para o gerente. É tanto processo que, muitas vezes, a gente não consegue nem avaliar(...) só ao final do ano a gente fala: "Poxa vida, tem alguma coisa errada aqui". Quando você realmente debruça na questão dos dados, né?! Por que? Porque a demanda (...) e a gente trabalha em cima de prioridades em termos de conflito e ainda a gente dedica a maior parte do nosso tempo minimizando essa questão. E a gente não tem nesse modelo alguém que dê*

uma assessoria para gente. O chefe administrativo que nós tínhamos no Estado. Então, tem toda uma parte de gerência de RH, toda a parte administrativa que é muito pesada. Fora isso, nós temos dois patrões nesse processo de parceria. Então, a gente tem que dar conta de responder às necessidades geradas pelo Núcleo, porque o Estado (...) tudo o que uma unidade básica do Estado faz nós também temos que dar conta. Além disso, nós temos que reportar também em relação à Fundação Zerbini. Então existe uma carga muito pesada de demanda que a gente não tem como desvencilhar ...".

O que a discussão dos indicadores no grupo focal contribui para a ampliação da análise quantitativa dos indicadores.

Primeiramente, não há como negar o quanto ficou reduzida a análise isolada dos dados quando comparada com a riqueza de informações e de explicações, mesmo que muitas vezes contraditórias, ou inconclusivas, fornecidas pelas diretoras das unidades do Qualis, diante dos mesmos dados, quando apresentados na sessão do grupo focal..

Vale a pena também comentar como as diretoras foram se posicionando durante a discussão, à medida que cada gráfico foi sendo apresentado ao grupo. Observa-se que, a cada gráfico apresentado, seguem-se alguns minutos de silêncio, quando as participantes permanecem concentradas, entrando em contato com o que os gráficos podem revelar. Esses minutos são preenchidos inúmeras vezes por expressões de risos, principalmente quando os indicadores indicam um melhor desempenho das unidades Qualis em relação às unidades Estado. Esses breves momentos também são utilizados para retirada de dúvidas das diretoras sobre a construção dos indicadores.

Durante a discussão, as diretoras vão se expondo de forma que as explicações vão se sucedendo, muitas vezes de forma complementar, algumas vezes emergindo contradições, mas sem grandes demonstrações de divergências. Quando a mediadora tenta redirecionar a discussão, o grupo ignora e continua o curso instituído. Da mesma maneira, quando o indicador em discussão não se mostra favorável ao Qualis, o grupo questiona a validade do indicador e praticamente recusa-se a avaliá-lo.

Da fala das diretoras, destacamos (positivamente): a preocupação que existe no Qualis com a criação de mecanismos que facilitem o acesso dos usuários às tecnologias oferecidas pelas unidades; como o modelo sensibiliza os médicos para responder às

necessidades de saúde por conhecerem as condições de vida da população; a incorporação da enfermeira na assistência gerando uma nova prática; o reconhecimento da visita domiciliar como instrumento de vínculo entre os profissionais e os usuários; a percepção do grupo de que o perfil de morbidade da demanda nas unidades mudou depois de dois anos de trabalho; a existência de planejamento nas ações de saúde; a autonomia das equipes no planejamento do trabalho; a superação do tratamento diferenciado entre as categorias profissionais.

Por outro lado, chamamos a atenção para as explicações que em virtude de expressarem contradições entre as participantes ou problemas relacionados com a implementação da modelagem, denominaremos "ruídos":

Ruídos na gestão - descontinuidade na capacitação dos médicos, rotatividade dos profissionais médicos, dificuldades no gerenciamento de conflitos (com as equipes, com a aceitação do médico generalista pela população), "o excesso de exames solicitados pelos médicos de família", a tensão em tirar o auxiliar de enfermagem das atividades internas e colocá-lo no atendimento domiciliar, "a baixa cobertura de citologia oncótica entre as mulheres da área de abrangência do Qualis", a demora dos resultados dos exames, a relação dos gerentes com as duas instituições envolvidas na gestão do Qualis/Zerbini.

Ruídos relacionados com a configuração tecno-assistencial do PSF/Qualis/Zerbini - a formação do médico generalista, a visita domiciliar como instrumento para o cuidado e não exclusivamente como instrumento de controle, a atividade de grupo como instrumento facilitador para as equipes absorverem a demanda espontânea na assistência, a baixa adesão dos usuários aos trabalhos de grupo oferecidos nas unidades.

Em função das pretensões explicitadas pelo PSF, a partir dos seus componentes tecnológicos, quanto a substituir modelos "voltados exclusivamente à doença", e ao fato de estarmos interessados em avaliar a potencialidade do PSF/Qualis/Zerbini em responder às necessidades de saúde, através do conhecimento dos processos instituídos pela modelagem para captar aquelas necessidades, não deixa de ser preocupante a existência do que estamos chamando de "ruídos", em particular os que dizem respeito à conformação tecno-assistencial do Qualis, portanto com a capacidade da modelagem de captar e responder às necessidades de saúde de forma ampla.



CAPÍTULO 8
O SEGUNDO GRUPO FOCAL:
ANALISANDO “RUÍDOS”

O segundo grupo focal: analisando "ruídos".

Como já descrevemos no capítulo metodologia, o segundo grupo focal foi realizado com a finalidade de aprofundar os "ruídos" percebidos na análise do primeiro grupo focal, no sentido de ampliar o conhecimento sobre a o PSF/Qualis/Zerbini. Para cumprir com este objetivo, convidamos as mesmas diretoras de unidades do Qualis que participaram do primeiro grupo focal e seguindo os mesmos cuidados que tomamos para a realização do primeiro grupo, apresentamos-lhes as questões escolhidas para um novo debate. Foram elas:

- O excesso de exames complementares solicitados pelos médicos de família: excesso de responsabilidade ou insegurança no exercício de uma nova prática.
- A aceitação do médico generalista pela população: conflito ou não.
- A inserção das enfermeiras no acolhimento: uma nova prática?
- O trabalho de grupo: instrumento para desenvolver autonomia ou instrumento para facilitar a absorção da demanda espontânea.
- A visita domiciliar: instrumento de controle de saúde ou instrumento para fortalecer vínculo.
- A percepção das diretoras sobre diferenças na gestão do Qualis e na gestão de experiências anteriores.

A primeira questão foi assim apresentada:

A primeira questão tem a ver com a atuação do profissional médico (...) o grupo naquele momento pontuou que no Qualis pediam-se exames excessivamente, e que vocês percebiam isso pelo número de (...) resultados de exames normais (...) e aí na tentativa de explicação, em alguns momentos vocês creditavam esse excesso de exames a uma insegurança do médico generalista por conta da formação dele, e, em outros momentos era como ele por (...) conhecer suas condições de vida (da população) (...) "ele prefere pecar por excesso", então pede exame a mais. (...) essa seria uma primeira questão (...) e em outro momento (...) alguém dizia assim "olha... hoje as unidades trabalham muito

a questão de conflitos, conflitos surgem e a gente tem que enfrentá-los (...) conflito com a população e aí eu queria colocar - como foi esse processo de aceitação do médico generalista pela população. [J faz anotações. Entra alguém na sala .. ruído... desviando a atenção de todas]

[silêncio por alguns segundos]

Antes de começar a analisar o debate realizado pelas diretoras em relação a esta pergunta, achamos importante lembrar como esta questão surgiu no primeiro grupo focal. Naquele momento, mediante a apresentação do gráfico sobre o indicador de coleta de exames, apareceu no grupo uma preocupação com o número excessivo de exames solicitados pelos médicos do Qualis, que, na opinião das participantes, podia ser explicado pela existência de protocolos de diagnóstico e acompanhamento para alguns grupos de pacientes. Outra explicação possível seria a insegurança dos profissionais, gerando uma solicitação exagerada de exames de laboratório, em decorrência de hiatos ocorridos na capacitação dos profissionais do Qualis. No entanto, algumas diretoras ponderaram que aquele “pecar por excesso” poderia estar vinculado também a uma maior responsabilidade com a população atendida, em decorrência do “vínculo” estabelecido entre os médicos e as famílias adscritas ao projeto Qualis. A falta de conclusão do grupo sobre o problema levantado configurou uma necessidade de aprofundar a sua análise.

A aceitação do médico de família pela população também surgiu no primeiro grupo focal, quando foram discutidas as mudanças percebidas pelas participantes na experiência de terem sido anteriormente gerentes de unidades Estado. Esta questão emergiu dentre os “conflitos” presentes no cotidiano do gerenciamento do Qualis.

Voltando à análise da pergunta colocada no começo do segundo grupo focal, passado o primeiro momento em que alguns ruídos são provocados pela entrada de pessoa estranha na sala, seguiu-se um breve silêncio entre as participantes, interrompido logo em seguida por uma das participantes (J), que retoma a idéia do excesso de exames ser gerado “pela própria insegurança do médico generalista, já que ele não tem formação generalista”, mas fazendo uma observação que contradiz aquela idéia – “... a quantidade de exames continua a mesma apesar do processo de capacitação e a gente tem médico já antigo trabalhando e a gente continua mesmo com excesso de exames e muitos deles

normais ...”. Segundo esta diretora, esta constatação suscitou avaliação no Qualis, não aceitando-se mais como explicação para *"o excesso de exames"* a necessidade de seguir os protocolos normatizados. A nova explicação para o excessivo número de exames estaria relacionada à permanência da prática do profissional médico, - *“Porque a universidade acaba formando a gente técnico e a tratar o usuário enquanto portador de doença. Então parece que ainda a gente (...) só sabe responder a demanda que chega a nossa porta através de algum exame, pedindo exame e o nosso olhar sempre está focado na doença e a gente não conseguiu nem fazer essa inversão com os profissionais...”*. Voltando à análise do *"excesso de exames"* levantado no primeiro grupo focal, este foi atribuído não só à *"insegurança do médico generalista"*, mas também a um *“pecar por excesso”*, considerado positivo pelas diretoras, uma vez que foi atribuído a responsabilidade dos médicos do Qualis com seus pacientes. Agora não, pela fala de J, este não é valorizado positivamente. No seu lugar, aparece uma fala crítica à prática clínica exercida no atendimento da demanda espontânea e voltada para a doença. Desta fala, podemos subtender que apesar da capacitação a prática clínica dos médicos não se modificou.

Além disso, segundo a mesma diretora, a própria comunidade respalda esta prática, à medida que *“ainda tem um anseio de passar um tanto no médico e de ter o seu exame colhido e a gente parece que ainda (...) não conseguiu ainda fazer esse crescimento na unidade...”*.

Uma outra diretora (L) toma a palavra para discordar e insiste na explicação apresentada no primeiro grupo focal ao *"excesso de exames"* - *“Eu vejo mesmo como insegurança mesmo dos profissionais (...) porque tem excesso de exames de determinados pacientes e todos normais”*. Para esta diretora, mudanças pressupõem processos que precisam ser vivenciados pelos atores envolvidos e inclui na discussão a participação da população *“... agora, a população ainda não tem entendimento sobre o médico generalista, é muito pouco ainda o entendimento da população. Então ela vem à procura do pediatra, ela vem a procura do ginecologista.(...) então acho que tudo é um processo, é muito pouco tempo ainda, porque apesar de a gente ter envolvido a população, a população saber como que é o programa, tudo, mas a gente não conseguiu atingir na sua totalidade.”*

A população é colocada na discussão respaldando uma cultura médica considerada inadequada pelas participantes, tanto por valorizar uma prática clínica centrada no profissional médico e assentada na doença, como também por continuar reivindicando a presença das especialidades médicas no atendimento.

Diante da insistência da investigadora sobre o que possa significar o “*processo*” mencionado, a diretora continua “...e não conseguimos ainda alcançar todos nossos objetivos, (...) e outra, só tem três anos, na realidade no primeiro ano foi muito difícil, ninguém conhecia nada e começamos tudo. Hoje a gente (...) temos visto o crescimento da unidade neste planejamento, (...) como eles estão tendo uma outra visão, estão apagando a visão do imediatismo, vendo que esse programa é prevenção, se é prevenção porque tanta consulta, porque tantos exames. Então a discussão que hoje tá aparecendo normalmente nas equipes, porque anteriormente não aparecia, era bem camuflado.” Percebe-se que o processo mencionado não é natural, está vinculado a presença de um elemento, no caso, - o planejamento, gerando mudanças. Na nossa opinião, esta fala também guarda uma contradição com a análise feita no primeiro grupo focal, uma vez que o “*excesso de exames*”, defendido como resultante da “*insegurança do generalista*”, agora é recolocado como consequência de uma não compreensão dos médicos pelo que deva ser a prática clínica no PSF, e que só agora, mediante o “*planejamento*”, este entendimento está ficando claro para os profissionais. Não fica claro, pela fala da diretora, o que impedia “*anteriormente*” (antes do planejamento?) o aparecimento desta “*outra visão*” do PSF.

A primeira diretora (J) a se manifestar discorda da fala sobre o não reconhecimento da população quanto ao médico de família – “*Eu só queria complementar, eu não acredito hoje mais na resistência da comunidade em estar aceitando o médico generalista, porque eu acho que com três anos a gente já tem vínculo e ele procura pelo nome que é o seu médico, né? Eu acho que às vezes é jeito de falar, mas (...). hoje eu já não vejo mais isso nas unidades, procurar por um pediatra, por um ginecologista, eu vejo procurando pelo nome do médico, que acredito que nesse aspecto não acho que tenha mais resistência da população de estar aceitando o seu médico...*”

A diretora (L), que introduziu na discussão a incompreensão da população sobre o médico de família, retruca amenamente: “*Tem os pacientes que (...) são adeptos que usam o sistema, esse modelo, eles realmente não procuram, agora os usuários que*

ainda estão entrando no programa ou que nunca usaram e hoje estão usando, eles vem com essa demanda, né? Então, assim, é por isso que eu acho que na sua totalidade, não é aceito na sua totalidade, existe uma resistência em virtude disso, de não ter todo mundo ainda ter passado pelo programa, por mais que você fale, por mais que a pessoa é orientada, ela tem a idéia do especialista.”

Outra diretora (Y) entra na discussão, recolocando a contradição inicial apresentada por J: *"o excesso de exames"* não seria resultado do "pecar por excesso", mas de uma prática clínica inadequada para o PSF. *"Eu já vejo de outra forma, eu acho que não seja muito pela questão da concepção de generalista ou das especialidades da área. Acho que tem uma série de determinantes que ainda permeiam esse processo, (...) há determinantes mais fortes ainda da questão da cultura do tradicional, é tanto por parte dos pacientes, como em relação aos profissionais..."*.

No entanto, reportando-se a um fato ocorrido pouco antes da realização do grupo focal (a SES, por motivo de limites financeiros, restringiu a coleta de exames na rede estadual), relata que após o impacto inicial, *"...naturalmente, os próprios profissionais começaram a rever os pedidos (...) e isso acho que ficou uma coisa extremamente importante, porque de repente, talvez pela acessibilidade ao exame então eles não valorizavam tanto a investigação clínica, enfim, porque na verdade o acesso estava fácil, tudo que era pedido em cima do protocolo ou não, mas eles pediam ..."*. Por sua vez, *"o paciente também muitas vezes, quantas vezes o paciente não vinha falar "ah! eu queria, faz tanto tempo que não faço um proto ...não sei o que" e para o profissional era mais fácil pedir, porque ele tinha acesso e resolvia-se o problema."*

Por esta fala, percebe-se que a restrição da coleta de exames, imposta pela SES, acabou funcionando como um disparador de mudanças no Qualis, e que apesar do *"chiado"* inicial, *"a coisa se transformou naturalmente"*. Segundo esta diretora, se não houvesse a necessidade de restringir a coleta de exames, provavelmente os profissionais do Qualis não estariam buscando "outras formas de avaliar os pacientes", continuando a prevalecer a *"cultura tradicional"*, *"da população, como também dos profissionais"* na solicitação de exames.

A próxima diretora (V) reforça esta linha – *“muitos exames que eles pediam, não havia necessidade e que muitas vezes até pela própria população que solicitava eles “eu quero fazer um hemograma, faz tempo que eu não faço, quero fazer exame de sangue, de fezes”, eles acabavam solicitando esses exames. Agora em termos de médico antigo e médico novo, a minha unidade é uma que tem médico que está desde o início, médico que começou seis meses depois e médicos que começaram agora. E na verdade em termos de exames, durante esse tempo todo, eles acabavam todos solicitando na mesma proporção de exames. Você comparar, aquele médico que já passou pelo processo de capacitação logo no início e aquele que ainda não teve capacitação nenhuma durante todo esse processo é a mesma proporção de exames, então eu acho que como a Y falou mesmo, né, é, é uma cultura difícil da gente conseguir trabalhar...”*

A diretora (L) que havia insistido *“na insegurança dos profissionais”* como fonte do *“pecar por excesso”* pergunta para a investigadora sobre o momento da aplicação da pesquisa. *“Essa pesquisa foi feita numa época em que nós estávamos iniciando, nós tínhamos seis meses, não é isso?! Seis meses ou oito meses de implantação?”* Respondemos que os dados referiam-se ao primeiro semestre de 2000, portanto, colhidos depois de dois anos de implantação do Qualis.

A partir dessa resposta a discussão sobre o *“excesso de exames”* fica se repetindo entre *“a insegurança dos médicos generalistas”*, a necessidade do cumprimento dos *“protocolos”* e a *“cultura médica”* baseada na prática de *“pedir exames”*, dificultando o *“processo de transformação”*.

A discussão sobre o *“excesso de exames”* termina com as duas diretoras L e J. A primeira insistindo na *“insegurança dos profissionais”* e a que começou o debate, também insistindo na sua argumentação, *“...a ponto de você ter um protoparasitológico negativo e mesmo com ele negativo você vem e aí passar o mebendazol, então se já tinha clínica porque não entrou com a medicação? Não. Mas pede, para dar negativo e medicar”*.

Sobre o processo de aceitação do médico generalista pela população, as falas se dividiram entre as que se referiam à população já vinculada ao atendimento das unidades e às que se referiam a quem ainda não procurou atendimento, apesar de estar dentro da área de abrangência do projeto Qualis.

Com relação aos que são acompanhados pelos médicos generalistas, segundo as diretoras, a aceitação é boa – *“Eles já estão acostumados a procurar pelo nome o seu médico, mesmo assim, aqui nesse último ano, nós tivemos uma rotatividade grande de médicos, que nós não estávamos acostumados, na realidade seriam só dois antigos, do início e três novos, mas mesmo os novos a população os procura pelo nome, já sabe o nome e não fazem qualquer questionamento sobre um pediatra ou um GO, alguma especialidade.”*

“Alguma coisa que a gente vê também, é assim, são poucos os casos, mas quando eles são encaminhados para uma especialidade, é (...) eles estão acostumados assim (...) “O Sr. mesmo não pode fazer alguma coisa?” Porque já estão vinculados, “porque o Sr. não pode dar um outro remédio”, não, aí explica que chegou no limite que ele necessita de um auxílio a mais do que ele pode oferecer aqui.”

Com relação à população que ainda não buscou atendimento – *“Os que não passaram, que nós temos vários, que estão começando a aceitar o cadastro agora, que são pessoas que tinham anteriormente um convênio, agora não tem mais, quando ligam geralmente, ligam, querem a informação por telefone, explicam que foram cadastrados agora, ou então que já eram e deixaram para usar quando necessitassem, gostariam para passar pelo pediatra, pelo GO, alguma coisa e a gente explica e eles vêm.”*

Uma diretora aproveita o final da discussão para lembrar a dificuldade no começo do Qualis com a aceitação da consulta realizada pelas enfermeiras, por parte da população. Contudo, este problema parece superado pela fala de uma delas - *“Eles até procuram, se bobear eles até procuram mais.”*

A segunda pergunta apresentada

“... Eu acho que ficou muito evidente no outro grupo (...) que o Qualis, colocou a enfermeira na assistência, no cuidado direto do paciente. E (...) em relação à inserção no acolhimento (...) também apareceram diferenças na prática das enfermeiras nas unidades do Qualis. (...) Então é assim, (...) no Qualis houve uma ampliação da competência da Enfermeira. (...) naturalmente existem conseqüências disso. (...) o que

vocês consideram positivo (...) Ou é negativo, como é que vocês avaliam as conseqüências das enfermeiras estarem acompanhando diretamente os pacientes?"

No primeiro grupo focal a grande diferença entre as unidades do Qualis e do Estado era o fato da enfermeira ocupar na modelagem do Qualis um papel diferenciado – estava diretamente ligada à assistência –, enquanto que no Estado, a enfermeira continuava assumindo o papel tradicional – supervisionando o trabalho da enfermagem. No Qualis, segundo as participantes, a enfermeira ocupava um papel estratégico – acolher queixas iniciais dos pacientes que vinham às unidades em busca de atendimento. Nesse sentido, as diretoras apontaram que apesar da insegurança sentida pelos profissionais ao assumir este novo papel, a inserção da enfermeira na assistência vinha permitindo que as unidades do Qualis planejassem formas diferentes de organizar o acolhimento.

No segundo grupo focal, a primeira diretora (J) a pedir a palavra diz que irá começar a discussão pelo que considerava negativo na inserção da enfermeira na assistência – *“...eu acho que o papel dela acabou ficando voltado muito para assistência, né?! E o que está faltando, o que você percebe, ela sobrecarregada na agenda, no acolhimento e faltando aquela supervisão que ela deveria estar dando para sua equipe, porque afinal a equipe está com os agentes comunitários e ela tem também que estar garantindo a promoção à saúde e estar supervisionando as ações de saúde junto com os outros componentes da equipe, essa parte ela acaba ficando a desejar. Ela acaba ficando muito ligada ao consultório...”*

A mesma diretora continua: *“...se bem que agora existe um movimento, já tirando um tanto a enfermeira da assistência e já voltando para essa parte de supervisão da equipe em relação às ações de promoção, prevenção e supervisão da equipe.”*

Outra diretora (L) também manifesta a mesma opinião e aproveita para falar do momento atual da sua unidade *“...Hoje eu posso até dizer que pela minha unidade que a gente passou por um processo de reformulação total, o quanto nós avançamos nisso e hoje, assim, (...) a gente está fazendo um outro processo e a gente vê o quanto que a gente se afastou do agente comunitário (...) hoje elas estão questionando realmente essa postura delas, de se afastar dos agentes e ficar só na assistência, né!?”*

No entanto, diferentemente da primeira, ela tem pontos positivos a destacar, “... foi muito bom o vínculo que ela criou com a comunidade, a resolutividade que ela deu aos casos, eu acho que isso, não podemos negar, de como resolveu mesmo a consulta da enfermagem e não sendo a porta de entrada o médico.”

Outra diretora (Y) concorda com as duas anteriores, mas acrescenta – “...eu concordo com a colocação, exatamente isso que eu vejo, que me angustiava, né?! Mas não vejo como um processo negativo, eu acho assim (...) tinha que ser dessa forma, primeiro, porque a enfermeira vinha de uma história onde ela não tinha nenhum preparo a nível de assistência e que culturalmente, realmente ela ficava mais na supervisão em outras atividades. Então era um processo que tinha que ser vivenciado...”

Esta diretora falando do “processo vivenciado”, desabafa sobre a “ansiedade”, a “angústia” vivida, “Meu Deus do céu não é isso que a gente quer”, mas reconhece que se não houvesse acontecido este “processo”, as enfermeiras não teriam a “segurança” e a “resolutividade” de “hoje”. Contudo, para ela, o momento atual do Qualis é outro – “...agora estamos redirecionando” e propondo novos desdobramentos para o papel da enfermeira no Qualis, - “... acho que ela tem que trabalhar mais extra muro, na comunidade, buscar os espaços lá fora, porque isso vai diminuir também a demanda que temos...”.

Esta diretora finaliza pontuando a importância do “processo vivenciado”, uma vez que se este não tivesse acontecido, as enfermeiras não conseguiriam assumir outras atividades – “...você vai fazer supervisão do que? De uma coisa que você não entende?” e apontando o novo caminho “..Agora é retomar o caminho que realmente a gente acha enquanto PSF mesmo.”

Outra diretora (V) também concorda com as anteriores e repete o quanto o “processo” permitiu o “crescimento” das enfermeiras e que o momento atual é outro, “estamos trabalhando com planejamento (...) já estão entrando todas aquelas ações”, “...elas estão preocupadas em retomar a parte de supervisão dos agentes comunitários, que realmente acabou ficando, aos poucos elas estão (...) por partes, o contato com a comunidade, dos próprios grupos...”

Volta a primeira diretora (J) a se posicionar frente às demais – *“Mas eu continuo achando negativo do ponto de vista, se bem que acho que talvez tivesse sido necessário mesmo, né, porque a gente correu atrás de uma demanda que batia a nossa porta, e quando a gente colocou um profissional totalmente na assistência, o quanto que a gente não estimulou essa demanda, sem ter corrido atrás dos espaços dentro da comunidade (...) que pudessem estar diminuindo essa demanda que vinha na unidade, então essa é minha ponderação, eu acho que isso aí foi um dado meio complicado, e outra coisa, é assim, é que quando a gente coloca (...) eu acho que o espaço que ela garantiu nesse momento, nesse tempo passado, foi extremamente importante e também vejo uma coisa que me preocupa, assim, até quando ela resolve pedir os (...) os exames complementares, a preocupação que a gente tem é a reprodução daquilo que ela teve do médico, ela começa a reproduzir a mesma quantidade de exame que o profissional médico, culturalmente acaba pedindo.”*

Continua o discurso para reforçar o movimento citado - *“...Então eu acho que esse movimento agora que está sendo feito, de estar voltando para a comunidade, paras as visitas, eu acho que chegou em tempo mesmo, eu acho que é benéfico.”*

Neste momento, a investigadora se impacienta – *“Então afinal, o que vocês acham que é o papel da enfermeira no Qualis? Porque do jeito que vocês estão falando, ela meio que foi ocupando um lugar do médico, sem ter, digamos assim, a competência do médico. e hoje, qual é o papel dela? É de voltar àquela posição anterior, como é que é isso aí?”*

A primeira diretora (J) responde – *“Eu acho que é meio termo, (...) um tanto na assistência sim, porque ela conseguiu um espaço (...) graças à capacitação, graças à competência mesmo, mas que ela também possa voltar para a supervisão dos agentes, para a supervisão da equipe, eu acho que é um meio termo, (...) porque em alguns espaços, em algumas unidades, a gente percebe que a enfermeira ficou totalmente voltada para assistência (...).então eu acho que é um meio termo, da mesma forma que o papel do médico, se ficar só na assistência ambulatorial, eu acho que a gente não consegue correr atrás de tudo aquilo que a gente se propõe, prevenção, promoção, reabilitação, a gente fica só no diagnóstico.”*

A pergunta feita pela investigadora estimula as diretoras a se exporem. Y volta a se colocar defendendo o papel da enfermeira no PSF - *“... eu não consigo ver que papel a enfermeira, em termos da consulta de enfermagem, acho que ela é também uma das atividades pertinentes ao profissional, só que é assim, é para controle da saúde das pessoas, gestantes, grupos de risco, mas aqueles que estão tranqüilos. Agora para você ter essa capacidade, você tem que ter um parâmetro da normalidade, eu acho que isso é uma coisa importante. Então eu acho que é assim, ela vai ter que assumir o seu papel de articulador, dentro da equipe, junto com o médico, mas eu acho que a responsabilidade maior do acompanhamento das famílias, eu acho que tem que ser voltado mais para ela mesmo, ora cuidar de consulta do pré-natal normal, hipertenso, diabético, controlado, assim como vigilância epidemiológica, vigilância à saúde. Fazer atividades externas junto às escolas, fazer a articulação com intersectorialidade com mais ênfase...”*

Continuando, diz ela - *“... que hoje ela não consegue fazer, porque ela está presa a uma agenda (...) então vai começar a articular um espaço social, e que é um grande papel, a grande do projeto.”*

Da exposição sobre o papel da enfermeira ela passa para o papel da equipe no PSF - *“... porque a equipe é responsável por uma comunidade, um distrito, certo?! Nós ainda temos dentro do nosso diagnóstico, primeiro porque a condição de saúde da nossa clientela, ainda mais da periferia, é realmente, era de total não acesso ao serviço de saúde. Então nós temos uma demanda ainda que não está controlada, é questão de distribuição das atividades dentro da equipe mesmo, porque tem algumas coisas que realmente não dá para estar abrindo mão do profissional médico, por exemplo, ainda tem uns pacientes que nunca passaram no atendimento na unidade e muitos deles com certeza se vai chegar a um diagnóstico ou uma necessidade de um diagnóstico que tem que ser canalizado por médico e vai continuar fazendo as visitas, trabalhar em grupo...”*

A discussão finaliza com outra diretora (L) referendando a fala de Y sobre o que o Qualis propõe hoje para o trabalho da enfermeira no PSF - *“...mas eu acho que o trabalho tem que ser articulado por alguém, especificamente no cotidiano. Eu acho que quem tem (..) essa responsabilidade maior, digamos que seria a enfermeira, que hoje na prática não é, de uma forma geral.”*

“A função dela é trabalhar a prevenção e a promoção. O papel dela é ser articuladora disso, da prevenção e da promoção. Eu vejo realmente que ela tem suas funções definidas dentro da promoção, dentro da prevenção e até da recuperação, do tratamento. Mas ela tem como papel a articulação dos profissionais, da equipe e da comunidade. Eu acho que ela é o elo realmente entre a equipe, a comunidade, (...) o elo de articulação da equipe com os outros membros da equipe, né?! Os agentes, o médico, a auxiliar de enfermagem e também visando a promoção da comunidade.”

A terceira pergunta apresentada

“... uma das finalidades do trabalho de grupo (...) ele se constituir um mecanismo de absorver a demanda. Que (...) se deixasse pelo caminho natural, ela estaria indo para o atendimento médico, então pareceu como se nós (...) utilizássemos no Qualis, o trabalho de grupo nesse sentido e aí (...): Afinal o trabalho de grupo pode ser considerado uma alternativa positiva? No sentido de espaço de interação, espaço de construção de outros conhecimentos, espaço de construção de autonomia do usuário, ou ele vai ocupar esse espaço de quase ser um quebra galho. Temos um excesso de demanda, como não temos condições de incorpora toda essa demanda no atendimento, então se começa a pensar outros mecanismos. Como vocês estariam vendo esta questão?”

No primeiro grupo focal, essa atividade foi apresentada como um mecanismo para contornar a limitação de espaço físico numa das unidades do Qualis, mas foi também defendido como estratégia para absorver a demanda espontânea para atendimento individual. Além dessa finalidade, o trabalho de grupo foi apresentado como estratégia de acompanhamento de alguns grupos de pacientes, como diabéticos e hipertensos. Naquela ocasião, as diretoras levantaram várias dificuldades para viabilizar a atividade nas unidades, desde “*características da população*”, “*a população falta muito*”, até a possibilidade dos profissionais “*não estão conseguindo sensibilizar a população*” para frequentar as atividades grupais. Algumas diretoras reconheceram que o êxito da atividade está relacionado à capacidade dos profissionais em desenvolvê-la, possibilitando “*trocas entre os membros do grupo*”, resolvendo dificuldades trazidas pelos usuários no momento do grupo, como “*trocas de receitas*” e os grupos que conseguem maior adesão dos usuários

são aqueles realizados de forma mais “lúdica”, como “caminhadas”, “ginástica”, etc., em geral realizados pelas enfermeiras e pelos agentes comunitários.

No segundo grupo focal, mediante a pergunta apresentada, uma das diretoras (Y) confirma a explicação inicial, *“Num primeiro momento, na verdade, acho que a gente tem que reconhecer, que no sufoco dos pedidos novos que a demanda nos pressionava, foi utilizado isso como uma estratégia, para poder absorver melhor, nas comunidades, poder intervir na população...”*, mas logo adianta, como parte do “processo”, *“... hoje o próprio grupo percebe o quanto é rico esse trabalho em grupo, porque a troca é muito rica e a possibilidade e abordagem com que você vai, tem situações que permite você trabalhar...”* assim, *“então aos poucos eu acho que as equipes estão começando a enxergar esse sentido de construção mesmo para chegar no auto-cuidado, inclusive, eu acho que é o exercício de cidadania que você quer ao longo do tempo exercer...”*.

Uma outra diretora (V) manifesta-se recorrendo também à visão de processo, *“Na minha unidade está mudando, não é que mudou, está mudando (...) Agora as equipes já conseguiram trabalhar de uma outra maneira e já estão realmente enxergando o grupo não mais como só para que consiga dar conta da minha demanda...”*. A mudança que a diretora apresenta como sinal de melhoria é o deslocamento da finalidade do trabalho de grupo como estratégia de absorção da demanda para a *“necessidade da promoção”*. Ela chama a atenção para o fato de que em sua unidade os grupos só conseguiram *“caminhar”* quando se desvincularam da organização do atendimento da demanda.

Outra diretora (J) continua, *“... hoje (...) a própria comunidade reclama se acontece algum grupo é desmarcado por algum problema que tenha surgido que o profissional não pode fazer (...) a própria comunidade reclama, que é um espaço para eles importante, até de troca, até de qualidade mesmo de vida, de conversar com o vizinho, de se sentir enquanto grupo, né, isto parte até da própria população.”*.

As diretoras vão encaminhando a discussão para o entendimento de que o trabalho de grupo foi iniciado no Qualis como uma estratégia para facilitar a absorção da demanda, mas *“com o passar do tempo foi modificando”*. Nesse processo, pela fala de L, algumas técnicas foram incorporadas pelos profissionais, e hoje está superada a fase do *“grupo educativo”*, a fase da *“palestra”*. Segundo ela, *“a gente trabalha realmente a*

problemática do grupo e a gente tem a certeza que é por aí mesmo, que a gente tem que trabalhar é o indivíduo, na sua comunidade, como ele está se sentindo em relação à sua doença, qual é o grau de sensibilização dele em relação à sua doença e isso tem despertado mil idéias...” .

Essa mesma diretora faz questão de manifestar a sua recusa em aceitar o trabalho de grupo como uma solução improvisada para o enfrentamento da demanda, conforme sugerido pela apresentação da pergunta. Pelo contrário, *“era a melhor forma de se trabalhar esta demanda grande, que nós tínhamos desses indicadores de hipertensão, de diabéticos, que era a nossa grande demanda”*. Mais uma vez, *“hoje”, “...não são os técnicos mais que dirigem os grupos, que coordenam os grupos, quem são, são os próprios agentes comunitários, o técnico ele só entra para fazer alguma complementação no final do grupo, então isso também seria um amadurecimento muito grande.”*

A diretora Y volta a se colocar, acrescentando a maior adequação do agente comunitário na condução dos trabalhos de grupo do que dos outros membros da equipe, haja vista, *“falar a mesma linguagem da população”*, embora reconheça que isto dependa do *“processo”*, do *“caminhar de cada equipe”*. Nesse sentido, segundo ela, o processo tem que ser vivenciado pelas equipes. Há equipe *“que hoje trabalha, por exemplo, na escola e assim, é o agente comunitário que realmente discute, e o próprio adolescente também que solicita “não, eu não quero discutir isso, quero discutir determinados assuntos” e aí eles se organizam para realmente ir de encontro a necessidade da própria comunidade que está trabalhando”*.

Finalizando, uma das diretoras (L) pontua que o processo de mudanças no sentido do trabalho de grupo no Qualis, vem sendo aceito *“pela comunidade”*, à medida que *“hoje”, “ela não vem olha eu quero uma consulta médica, eu perdi o dia do grupo, eu queria saber quando é a data do próximo grupo, então ele não vem mais “ah eu perdi o grupo e quero participar de consulta médica”, eu acho que já um grande avanço, a população reconhece realmente essa estrutura que foi formada em termos grupal, coletivo”*.

A quarta pergunta apresentada

"A gente trabalhou no outro grupo focal, a visita domiciliar como sendo instrumento para busca de pacientes, de grupos, de recém-nascidos, gestantes. A visita como um instrumento para atender pessoas que não podiam se locomover, portanto, não vinham à unidade. Quer dizer apareceram várias finalidades para a visita. Mas, mesmo assim, eu queria discutir um pouco essa linha que a gente trabalha da visita, como um instrumento de promoção ou como instrumento de controle..."

Na discussão feita sobre o indicador para atendimento domiciliar no primeiro grupo focal, apareceu inicialmente a informação de que no Qualis a visita é realizada por todos os integrantes das equipes de saúde da família e que esta não se limita ao controle das doenças de notificação compulsória. Ela acontece em várias situações, tais como: *"ações de prevenção para recém-nascidos e gestantes"*, *"casos que necessitam de uma atenção maior como pessoas acamadas"*, *"para complementar dados para o diagnóstico médico e para intervenções das equipes"*. As participantes reforçaram a visita domiciliar como instrumento de vínculo entre os profissionais e as famílias atendidas, e como problema, apontaram o fato da atividade estar *"ainda muito vinculada à questão do acamado"*. Além disso, ficou evidente na discussão que o trabalho domiciliar no Qualis é realizado em grande medida pelo profissional da enfermagem, com menor participação dos médicos e das enfermeiras.

No segundo grupo focal, a primeira diretora (J) a se pronunciar retoma a questão da visita dos acamados, colocando a questão como ultrapassada - *"... era uma forma de a gente poder conhecer as pessoas que necessitavam que eram os acamados, nós começamos com esse intuito, de atender os acamados..."*. Para ela, o momento atual no Qualis é outro, *"hoje está se modificando"*, a demanda para visitas ampliou, *"...até para fazer esse tipo de diagnóstico familiar.."*

Outra diretora (L) prossegue a discussão chamando a atenção para o processo de mudança, *" a gente já trabalha numa outra linha, no começo realmente, a gente ficou um ano e pouco só com os acamados, aquele pouquinho de visita lá, principalmente dos médicos..."*. A linha referida por ela é a de priorizar a prevenção, *"...hoje a gente está vendo*

que não, a gente está já realmente fazendo a promoção, também, dentro das visitas domiciliares..".

A primeira diretora a se colocar na discussão (J) pondera "*...que ainda é tempo bem ligeiro ainda, entendeu?*", mas L que estava com a palavra, faz questão de afirmar: "*Mas eu acho que nós iniciamos.*"

J retoma a palavra e reinicia a linha que estava desenvolvendo, procurando mostrar que embora o movimento seja de mudança - "*...eu acho que a gente está caminhando mesmo para aquela visita de promoção...*", ainda "*...o pessoal vai mesmo cumprir a sua (...) visitar seus acamados, acaba visitando recém-nascidos, a puérpera, alguma emergência...*", e como exemplo do que está se chamando de momento atual, cita a fala de uma agente numa discussão, "*ah, aquele acamado está bem, não preciso ir lá esse mês!*" para colocar o que acredita deva ser o futuro do Qualis - "*...Gente, se está bem, aí que a gente tem que ir, porque o dia que a gente conseguir mesmo é o dia que a gente for fazer visita não para o acamado, mas visita no sentido de estar promovendo mesmo a saúde desse nosso usuário...*".

Em seguida, outra diretora (V) coloca-se para concordar com esta última fala, "*Eu concordo com a J, que a visita ainda está muito presa ao acamado, ao recém nascido, ao puérpera, às fichas B (...), então eu não consigo ainda enxergar realmente as visitas como promoção [pausa] gostaria muito, eu até achar que ainda vamos caminhar pra isso e vamos conseguir, mas no momento eu não percebo não.*"

Este é um momento em que o grupo tensiona um pouco, entre o quanto "*o outro lado*" (o lado desejado da prevenção) já foi possível ser instituído na rotina das visitas e o quanto ainda são mantidas as visitas que precisam ser superadas (como as visitas para os acamados).

A primeira diretora (J) destaca que os agentes ainda não desenvolveram "*o outro olhar*" para atuar no sentido de estar "*resgatando melhores condições de vida, dentro da própria casa*", "*olhar aquela casa como um todo mesmo, de água, de condições de vida, o enfoque familiar*". Para ela, os agentes continuam com "*o olhar*" voltado para "*o cumprimento de metas*", para "*fazer a cobertura mensal da sua área*", através das "*fichas B*".

Outra diretora (V) sugere que os agentes *"até gostariam de fazer isso"*, mas *"não dá tempo"*, uma vez que estão *"presos aos números do SIAB"*, à necessidade de *"cobrir"* os hipertensos, os diabéticos, as crianças, aqueles grupos priorizados pelo SIAB.

A primeira diretora (J) levanta a necessidade da equipe se envolver com este problema, *"falta o apoio da própria equipe"*, deixando subentender a existência de um isolamento do agente comunitário dentro da equipe, parecendo que só ele é responsável por cumprir *"a meta de atender o seu acamado, de atender a demanda que bate na porta."*

A diretora (L) que se manifestou de forma mais afirmativa sobre o processo de mudança, volta a discordar, insistindo que sua unidade está *"noutro processo"*, usando para exemplificar a mudança a seguinte situação: *"...eu tenho um caso que é de uma senhora, que ela tem uma bronquite, assim fulminante, é uma mulher que vive com "bombinha", vive fazendo inalação e assim a equipe foi visitar essa senhora, mas ela está todo dia no posto, foi visitar pra até verificar onde que ela estava fazendo a inalação, se o lugar estava adequado para ela poder fazer a inalação, porque nenhum remédio, nada estava melhorando o estado geral dela (...) e foi a equipe como um todo, incluindo o médico, foi lá ver e assim, detectaram que ela não poderia fazer no quarto e na sala e que o lugar mais adequado para ela fazer a inalação, que ela faz, era na cozinha, porque era o lugar menos úmido da casa."*

A diretora (J) reage *"Mas está ligado á doença."*

A diretora (L) concorda *"que está ligado á doença"*, mas procura mostrar que na sua unidade, além do cumprimento das metas já referidas, *"algumas equipes já avançaram"*, já têm desenvolvido outras *"preocupações"* além do *"tradicional"* instituído. Por isso acredita que a sua unidade já esteja noutro patamar, *"hoje eles vão na casa, tentar fazer com que aquele paciente que não sai de casa, trazer ele para a caminhada. Vai o agente comunitário, depois vai o médico, depois vai a enfermeira, vai a auxiliar de enfermagem, todos vão fazer um movimento pra que aquela pessoa saia daquele marasmo e participe das atividades da Unidade. Por isso que eu vejo que nós já entramos na promoção, não vou dizer que são todos, não são todos, mas eu acho que já foi introduzido isso, a promoção."*

Uma das diretoras (V) que já se havia pronunciado para concordar com a linha da promoção nas visitas, embora ponderando que o peso das visitas ainda esteja no cumprimento das metas estabelecidas pelo SIAB, argumenta que as ações de promoção existentes no Qualis estão direcionadas para os grupos de pacientes que fazem parte do SIAB, dito por ela, *"aqueles casos que são visíveis para nós"*. Ela levanta outra questão sobre a visita domiciliar, que na sua opinião reflete o quanto o Qualis precisa caminhar - *"...agora aqueles casos que não aparecem, ao mesmo tempo a gente acaba não buscando que eu acho que era isso que a gente deveria fazer, ir buscar, e essa busca que eu acho que a gente não consegue..."*

Uma diretora (N) que ainda não havia falado continua a discussão, seguindo a mesma linha da diretora anterior, argumentando que a grande dificuldade dos agentes é *"estarem presos no agendamento"*, e que eles gostariam realmente de buscar os que não chegam espontaneamente nas unidades, *"... mas os que não vêm até aqui, que são trazidos por informações dos agentes ou até por vizinhos, das pessoas que normalmente ficam lá fechadas não sei porque, "não consigo entrar", o agente não consegue, talvez, um outro elemento da equipe, ou um médico, a enfermeira..."*.

A discussão se encerra com a manifestação de Y que também não havia se pronunciado, procurando finalizar a discussão. Ela retoma a idéia de continuidade, das equipes vivenciarem de forma diferenciada o processo de construção do PSF. Assim existem equipes que *"... ainda estão correndo atrás do prejuízo, trabalhando em grupos de risco..."*, *"...presos à questão do controle mesmo, das coisas básicas, dos grupos de risco..."*, enquanto outras *"já avançaram"*, *"...já conseguem trabalhar as instituições dentro da área, fazendo eventos promocionais, inclusive, trabalho verminoses ..."*. Alguns agentes, segundo ela, já se liberaram de acompanhar simplesmente os grupos de risco nas visitas domiciliares, a ponto de em reuniões de trabalho surgirem comentários do tipo - *"nossa a gente queria tanto também fazer uma visita junto com o agente comunitário, pra fazer aquela abordagem, ver todos os fatores de risco, pra ter essa vigilância a saúde mesmo"*.

A quinta questão apresentada

Deu para perceber no primeiro grupo focal que vocês têm uma avaliação positiva do trabalho, em termos de resultados (...) eu queria perguntar sobre o modo de gestão do Qualis. Vocês acham que (...) essa avaliação é apropriada pelos trabalhadores, (...) ela é percebida dessa maneira pelos trabalhadores, pelas equipes?

No primeiro grupo focal, na discussão sobre o que as diretoras percebiam como diferenças entre gerenciar unidades da SES e unidades do Qualis, foram levantadas inúmeras diferenças: a presença do planejamento e da avaliação no Qualis, a autonomia local, as condições operacionais, a presença do conflito no cotidiano, o trabalho em equipe, os resultados percebidos, a visão conjunta do trabalho.

No segundo grupo focal, depois de uma breve pausa, uma diretora (L) pergunta: *"A gestão, você está falando em termos de parceria?"*

Explicamos que estávamos interessados em saber se o modo como o trabalho é conduzido pelos gerentes permite que a avaliação seja compartilhada pelos trabalhadores do Qualis.

A mesma diretora que apresentou a dúvida sobre o conteúdo da pergunta formulada procura esclarecer a gestão no Qualis. Primeiro, ela confirma que a gestão é compartilhada não só com os trabalhadores, como também *"com a comunidade"*. Os *"resultados são discutidos"*, *"não ficam somente para a direção"*. A direção *"tem que discutir toda parte técnica em relação aos indicadores, às condições dos grupos com a unidade"*.

Outra diretora (Y) acrescenta que *"Assim como todos estão em processos diferentes, momentos diferentes, a percepção também eu acho, não é exatamente igual, talvez por inabilidade da gente quanto gerente ou até pelo próprio desenvolvimento do trabalho das equipes, eu acho que a percepção não é uniforme."*

A próxima diretora (J) a se manifestar aponta que as equipes têm autonomia para planejar e isto deve contar na avaliação dos resultados do trabalho.

Na tentativa de estimular a discussão, lembramos da proposta de participação no Qualis, da possibilidade de discutir os dados do SIAB por equipe, de trechos do primeiro grupo focal etc...

A discussão prossegue com falas sobre *"o compartilhamento da gestão com a unidade facilita o amadurecimento das equipes"*, das experiências anteriores *"onde só o gerente mandava"*, da surpresa sobre o que a proximidade existente entre gerentes e equipes provoca nos profissionais que chegaram depois. Na fala de uma delas (N), *"Num primeiro momento ele se assusta, porque eles acham que isso não é possível, principalmente quem vem de hospitais, (...) quando eles vêem essa interação entre profissionais, todas as categorias, não só das equipes, equipes médicas, equipes de famílias, mas outros serviços como bucal, os administrativos, os auxiliares de serviço, numa interação, com seus problemas, seus conflitos, obviamente, mas isso é possível, eles pensam logo numa forma de comissão, não (...) não é nada disso, isso faz parte de dividir, de compartilhar tudo..."*

Uma diretora (V) acrescenta que as equipes cobram do gerente uma postura participativa - *"Eles querem a gente o tempo inteiro perto deles, realmente participando junto com eles, não tem aquela figura do gerente ficar longe."*

A discussão é encerrada com a manifestação de L sobre a sua satisfação com o fato das equipes procurarem-na para discutir *"determinados casos"*. *"...eu acho isso fantástico, isso aí me apaixona, sabe aquele caso, assim, assim..."*.

A pergunta que não estava planejada

"...vocês acham que o Qualis hoje consegue atender realmente as necessidades de saúde dessa população onde ele está inserido? (...) eu estou falando das necessidades, não só aquelas que a gente observa pelos dados epidemiológicos, mas aquelas necessidades que são trazidas pelas pessoas mesmo, que são sentidas e que a gente acaba tendo contato pelas diversas formas porque se dá o trabalho, como é que vocês vêem isso, essa é uma última pergunta, nem estava colocada aqui, mas eu resolvi fazer por conta das falas do grupo, não estava no meu script, seria para finalizar mesmo, como é que vocês enxergam isso?"

A primeira diretora (L) a se colocar sobre o que o Qualis resolve de necessidades de saúde começa pelas dificuldades - *" eu acho que o grande problema é a nossa resolutividade, a gente não consegue ter a resolutividade de todos os casos..."*,

embora considere que "... o Qualis amplia muito, em termos de área, acho que ele realmente ele consegue saber de um todo em termos da comunidade, as necessidades da comunidade, o que fazer com aquela comunidade..." e torna a repetir "... mas eu acho que a gente não conseguiu ter uma resolutividade de muitos e muitos problemas...". Uma das dificuldades está na população, que segundo esta diretora, "...ainda a gente tem aquela população um pouco imediatista que a procura de solução para sua doença, vem a procura da doença, não vem a procura da saúde...". Mesmo assim, considera que o fato do Qualis funcionar dentro de uma área de abrangência bem definida, permite o conhecimento das necessidades da comunidade, "das coisas mais necessárias para a comunidade". Diante da pergunta, sobre quais são essas necessidades, responde: "São várias, até o problema do lazer dela que não existe, até o problema dela não se reconhecer como cidadã, até o problema dela...problemas ambientais...". E mais uma vez repete "...só que assim, a gente não conseguiu dar resolutividade ainda nesses casos...".

Outra diretora (J) intervém para também falar sobre o que o Qualis responde em relação às necessidades de saúde "... das diretrizes onde ele te fala de participação popular, controle social, eu acho que ainda a gente está caminhando muito lá pra trás ainda...". Contudo, diferentemente, "...tudo que a gente se propôs acho que em relação à saúde-doença, a gente tem até conseguido responder o que a população nos solicita...", embora "...as vezes até com menor resolutividade, uma vez, que a gente não tem uma rede adequada de referência e contra-referência...". Para esta diretora, a dificuldade nas respostas do Qualis às necessidades de saúde está na participação popular, uma vez que "... depende muito da gente, depende do perfil do profissional que trabalha com a gente, (...) pessoas que acham que isso é romantismo, que é sonho, que é a gente é idealista demais...". No entanto, enfatiza "que ainda é um processo, a gente está caminhando...", uma vez que, "...existem pessoas extremamente compromissadas, hoje a gente vê unidades preocupadas com violência, trabalhando pelas bordas, intensificando as ações contra violência, identificando problemas e trabalhando no sentido de tentar amenizar, envolvendo, estabelecendo parcerias com a comunidade, tirando voluntários dentro dessa comunidade pra tentar melhorar as coisas, então é assim, eu acho que a gente consegue responder algumas coisas...".

Depois que outra diretora (N) também reforça que o caminhar é lento, mas é um processo, a diretora (Y) acrescenta: *"Eu acho que esse processo que a gente vem vivenciando, ele faz com a gente tenha um olhar para a realidade totalmente diferente e que não tem volta, na verdade eu acho que é assim, não existe situação para vivenciar igual a esse, é ímpar, não dá, a gente desenvolve tanto enquanto ser humano, enquanto cidadão e a equipe também, você percebe a diferença do olhar deles quando entraram e o que eles são hoje..."*. Quando, diante das dificuldades, o "sentimento de impotência" se impõe, buscam-se "alternativas", como "parcerias", entre elas, "a participação popular" e "a intersetorialidade".

Diante da concordância das demais frente a essa fala, a discussão se encerra.

Síntese da discussão

A primeira questão colocada para o grupo foi a discussão sobre as duas explicações levantadas no primeiro grupo focal para o "número excessivo de exames complementares solicitados pelos médicos generalistas": a) existência de protocolos e/ou insegurança dos profissionais gerada pelos hiatos ocorridos na capacitação dos profissionais; b) por excesso de zelo na relação com os usuários e suas famílias

O grupo confirma que a capacitação não foi suficiente para tornar os médicos menos dependentes de exames na sua prática clínica, porém a insegurança referida no primeiro grupo focal é substituída pela fala de que o excesso de exames é resultado de uma prática centrada em procedimentos, por terem sido formados na universidade para focarem o seu olhar na doença. Para as diretoras, esta é a dificuldade no Qualis - como inverter o olhar do profissional, deslocá-lo para a saúde, para desenvolver uma clínica menos centrada no exame complementar.

O grupo concorda que a própria população respalda esta "cultura". Pela fala de uma das diretoras, a visão voltada para o "imediatismo" começa a ser substituída por outra, mais ligada à ênfase na prevenção, que, na opinião do grupo, estaria mais próxima ao que o PSF defende.

Aparece ainda na discussão o dilema da população aceitar o generalista ou continuar reivindicando o atendimento pelas especialidades, embora posteriormente o grupo considere a questão resolvida em decorrência do vínculo que acaba se criando entre os médicos generalistas e os usuários/famílias sob o seu cuidado.

No primeiro grupo focal foi bastante evidenciado o papel da enfermagem, especialmente a enfermeira, no Qualis, ocupando um lugar importante na assistência, ao assumir a responsabilidade pelo acolhimento inicial da demanda espontânea. Nesta última discussão, o grupo reflete sobre essa prática, pontuando a necessidade de reformular o lugar da enfermeira no Qualis. Seu principal argumento é de que a enfermeira está excessivamente voltada para a assistência, dificultando a supervisão dos outros integrantes da equipe - dos agentes comunitários. Além disso, ela precisa deslocar-se para a articulação das ações ligadas à prevenção uma vez que o médico ainda é bastante requisitado para o atendimento individual

Contudo, o grupo não deixa de reconhecer que o acolhimento possibilitou às enfermeiras conhecimento e experiência para fazer atendimento, ajudando a conferir legitimidade à prática da consulta de enfermeira, frente à população. Mesmo assim, o "redirecionamento" pretendido do trabalho da enfermeira é para a prevenção, para a visita domiciliar, para o trabalho extra-muros. No acolhimento, segundo as diretoras, ela reproduz a prática do médico, ancorada na solicitação de exames. Por isso, o grupo acha que este profissional deva se voltar mais para a atenção programática, para o acompanhamento dos grupos de risco e para a articulação das ações de vigilância à saúde.

No primeiro grupo focal, o trabalho de grupo foi defendido como uma estratégia para que o Qualis pudesse absorver o atendimento da demanda espontânea. Por isso procurou-se organizar o atendimento de determinadas demandas em grupo, como a puericultura, o acompanhamento de hipertensos controlados, etc.

Atualmente, o trabalho de grupo começa a assumir uma outra finalidade - construir espaços voltados para a ênfase na importância do auto cuidado e da promoção.

Nesse sentido, o trabalho de grupo vem sendo reelaborado pelas equipes. Dizem as diretoras: a fase das palestras encerrou. Hoje os profissionais procuram conduzir essa atividade a partir das experiências de vida dos participantes e do conhecimento que

possuem sobre a sua própria doença, ou sobre o problema que está em discussão no trabalho de grupo. Para elas, essa mudança já é percebida positivamente através de reações de usuários que chegam a reclamar se, por algum motivo, a atividade de grupo é suspensa.

Nesse processo, a responsabilidade pela coordenação dos grupos vem se diversificando e os próprios agentes comunitários começam a assumi-la, o que na opinião das diretoras é até mais adequado, considerando a linguagem mais próxima à população.

De qualquer forma, sem desconsiderar os avanços e as conquistas relatadas pelas diretoras no funcionamento e alcance dos grupos, é possível reconhecer na discussão sobre trabalho de grupo, o mesmo tema de fundo que está presente na discussão da prática do médico e da enfermeira, qual seja, o dilema entre "atividades curativas" e "atividades preventivas". Por que não utilizar o trabalho de grupo, para além das atividades de educação e promoção, como estratégia para acolher a demanda, para "fazer clínica", para lidar com o sofrimento e com as necessidades trazidas pelas pessoas? O trabalho não seria potencializado se esses fazeres fossem melhor combinados?

No primeiro grupo focal, a visita domiciliar foi apresentada como instrumento para cumprir inúmeras finalidades, da necessidade de ações de controle de saúde até a necessidade de dar atenção às pessoas acamadas. Como problema, relacionavam a baixa frequência com que esta atividade era realizada pelos médicos e enfermeiras, e o quanto era difícil conciliar o trabalho dos auxiliares de enfermagem, entre as atividades internas na unidade e o trabalho domiciliar.

Nessa última discussão, o atendimento aos acamados é algumas vezes colocado como algo relacionado ao passado, noutras vezes, como um problema que dificulta a realização de ações voltadas para a promoção e finalmente com o que o grupo acredita ser o futuro do Qualis - a promoção da saúde.

Pela fala do grupo, é como se o agente comunitário, por estar visitando alguém num momento de doença, não conseguisse exercer a sua tarefa natural, que seria aquela vinculada ao olhar da prevenção, da promoção da saúde.

De novo, faz-se presente o dilema entre promoção e cura. Por que a visita ao acamado não pode se constituir numa oportunidade para promover, para educar, para construir autonomia?

Outra dificuldade com o trabalho do agente comunitário é a excessiva necessidade de cumprimento das metas instituídas pelo SIAB - visitas mensais para crianças menores de dois anos, grávidas, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase. O grupo oscila entre considerar que a prevenção já está instituída e que ainda falta um olhar do agente mais direcionado para a prevenção, dando a entender que as visitas para cumprir as metas do SIAB são feitas de forma burocrática, visando exclusivamente o preenchimento das informações colocadas em cada uma das fichas de acompanhamento dos grupos referidos.

O grupo insiste na ênfase da prevenção que, se por um lado, já está instituída na rotina das visitas para recém-nascidos, gestantes, etc., é prejudicada pela necessidade de atendimento domiciliar aos acamados. Uma fala das diretoras expressa bem essa visão - "...Gente, se está bem, aí que a gente tem que ir, porque o dia que a gente conseguir mesmo é o dia que a gente for fazer visita não para o acamado, mas visita no sentido de estar promovendo mesmo a saúde desse nosso usuário...".

A tensão entre o trabalho voltado à doença e o trabalho voltado à saúde é a tônica do grupo. Algumas diretoras acham que o trabalho enfatizando a promoção em suas unidades está mais adiantado do que em outras e, mesmo tomando uma unidade como exemplo, essas diferenças também são encontradas entre as equipes.

No meio da discussão, surge uma fala preocupada com o que ainda não é visível para o Qualis, ou seja, a possibilidade de que o excesso de normas para visitas preconizadas pelo PSF para os agentes comunitários, possa estar impedindo o reconhecimento de outras necessidades; daqueles usuários que não chegam espontaneamente nas unidades, e que, na avaliação dos agentes, precisam ser incluídas nas preocupações das equipes.

Como todas as diretoras já exerceram função de gerenciamento de unidades básicas em outros momentos, quisemos aprofundar sua percepção sobre a experiência pessoal na gestão de modelagens diferentes. Na discussão, a questão é pouco aprofundada, limitando-se o grupo a afirmar que a gestão é compartilhada com os trabalhadores e com a comunidade e as equipes têm autonomia para planejar o seu trabalho.

Falando sobre necessidades de saúde, o grupo diminui a importância das necessidades sentidas, representadas pela demanda que chega às unidades, cobrando soluções imediatas para seus problemas de doenças. O grupo está preocupado com a resolutilidade "das coisas mais necessárias para a comunidade", como o lazer e a violência. Enfatiza, como dificuldade para responder às necessidades de saúde, a pouca participação popular, embora reconheça que o processo tenha começado e a vontade para buscar parcerias na comunidade seja grande.



CAPÍTULO 9
DISCUTINDO RUÍDOS:
O PSF E A PROPOSTA DA CLÍNICA
AMPLIADA

Discutindo ruídos: o PSF e a proposta da clínica ampliada

A primeira coisa que nos chamou atenção no material analisado é que no primeiro grupo focal a discussão está dirigida para as dificuldades sentidas pelas gerentes em organizar os processos de trabalho de forma a atender, da melhor maneira possível, os usuários. No segundo grupo focal, a discussão está voltada para a necessidade de mudanças em vários processos de trabalho que vinham sendo instituídos. Voltaremos mais adiante a esta questão. Por ora, vamos resgatando o que nos pareceu relevante na discussão com o grupo.

Ressaltamos que, independente de críticas que possamos fazer neste capítulo sobre o trabalho do Qualis, não podemos desconhecer o esforço organizativo do trabalho conduzido pelas diretoras das unidades, no sentido de garantir o acesso dos usuários/famílias às tecnologias existentes nas unidades. Como exemplo, citamos a estratégia da diretora da Ubs. Penteadado para aumentar a coleta de citologia oncótica das mulheres da área da unidade, abrindo-a nos fins de semana para realizar esta atividade. Talvez, para quem não esteja familiarizado com o gerenciamento do cotidiano de uma unidade básica, isto possa se revelar um fato de menor importância, ou até um esforço mal direcionado. Alguém poderia questionar: não seria mais correto tentar a reorganização do trabalho de forma a assegurar esta atividade na rotina diária do trabalho? Pode ser, mas esta iniciativa reflete a vontade de corrigir falhas no serviço, o que exige capacidade de convencimento dos profissionais envolvidos com a tarefa em trabalhar nos fins de semana, assim como capacidade de organização.

Outra questão a ser destacada é a autonomia referida por elas para planejar o trabalho em conjunto com os outros profissionais das unidades, diferente de suas experiências anteriores como gerentes de unidades básicas. Como consequência disso, a execução do trabalho não é dissociada do planejamento, da mesma forma, a avaliação está presente nos serviços, proporcionando que erros reconhecidos possam ser corrigidos localmente.

No primeiro grupo focal, o planejamento é apresentado instrumentalizando estratégias com o objetivo de potencializar o trabalho das equipes. Aparece no relato que as estratégias pensadas nem sempre funcionam em todas as unidades, como exemplo, a

estratégia de privilegiar o trabalho de grupo para possibilitar a absorção da demanda espontânea para atendimento.

No segundo grupo focal, o planejamento está direcionado para a elaboração de estratégias que possam ter impacto no “*imediatismo dos profissionais e da população*”, para corrigir a visão que “*camuflava*” a percepção de que o PSF “*é para a prevenção*”.

Durante toda a discussão no segundo grupo focal, esta fala, apontando o PSF como um modelo voltado prioritariamente para a prevenção, reverberará de diversas maneiras, gerando um deslocamento da integralidade conforme defendíamos quando estávamos na coordenação do Qualis/Zerbini – “a necessidade de incorporar, de forma integrada, as ações de saúde pública e as ações assistenciais, articuladas à assistência ambulatorial e hospitalar”.

No capítulo que descrevemos a modelagem PSF/Qualis/Zerbini procuramos detalhar como desenvolvemos a diretriz da integralidade nos serviços da região norte. Quando dizemos que queríamos incentivar o atendimento da demanda espontânea, estamos assumindo que pretendíamos dar à clínica um local privilegiado no Qualis, no sentido de priorizar o usuário em seus momentos de sofrimento, sem com isso desmerecer a necessária articulação com as outras práticas. Tínhamos clareza, contudo, que esta articulação não poderia resultar numa defesa acrítica da prevenção. Por isto, fomos buscar o apoio de tecnologias leves e leves/duras, incentivando o trabalho em ato na organização dos processos de trabalho das equipes e ao mesmo tempo, instituindo fóruns para facilitar o debate destas questões. Foi nesse contexto que se criou o fórum de gestão local, as reuniões semanais da coordenação e gerentes locais com as equipes de PSF, as reuniões semanais de cada equipe PSF, a organização diferenciada do acolhimento em cada unidade, o trabalho da equipe de saúde mental com as equipes PSF.

Fazemos questão de destacar que não descuidamos de procurar trazer para o interior das equipes a necessidade de se incluir no planejamento e na avaliação as informações resultantes das intervenções que se estava produzindo no território. No entanto, enfatizamos que estávamos buscando uma nova prática relacional, a ser produzida tanto nas relações entre profissionais/usuários/famílias que ocorriam dentro das unidades, como no território; uma prática baseada no diálogo e na negociação, procurando

reconceitualizar a doença e o risco para poderem exprimir a dor e o sofrimento humanos, manifestos concretamente pelos usuários.

Daí a nossa surpresa, ao depararmo-nos no segundo grupo focal, com as diretoras presas ao mito da prevenção.¹⁶

Essa visão, privilegiando a prevenção como centro das intervenções da equipe, está presente tanto quando o grupo discute as práticas dos profissionais desenvolvidas dentro das unidades, como quando discute as práticas desenvolvidas no território. Por outro lado, o grupo manifesta uma grande preocupação com a possibilidade dos profissionais reproduzirem no Qualis a prática médica tradicional, centrada em procedimentos, ou como dizem as diretoras - "*com o olhar focado na doença*".

Na nossa opinião, estas falas revelam uma certa confusão entre meios e finalidade do trabalho em saúde. Primeiro, porque para nós a saúde é um produto a ser construído socialmente nas relações entre trabalhadores (aliás, não só os de saúde) e usuários (individual e coletivamente). O objeto do trabalho em saúde é a doença e as suas potencialidades de vir a acontecer. A discussão recolocada desta maneira estaria na forma com que se trabalha este objeto, tanto na sua dimensão individual, como na dimensão coletiva, de forma a produzir-se saúde, não simplesmente como o reverso da doença, mas como um valor de uso, construído e reconstruído socialmente.

Assim, o desafio para qualquer modelagem que tenha como aposta a defesa da integralidade estaria na capacidade de organização das práticas profissionais, em conformidade com os saberes tecnológicos implicados com o seu desenvolvimento e na construção de relações mais horizontalizadas com o usuário (individual ou coletivo), mediadas por relações multiprofissionais e interdisciplinares centradas no usuário. Nessa medida, a clínica deve ter centralidade em qualquer modelo comprometido com a integralidade da atenção. Estamos nos referindo à clínica num sentido ampliado, além de

¹⁶ Arouca, associa a idéia de mito a um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os. (Arouca, 1975, p.165).

uma intervenção terapêutica, como "prática de intervenção do campo da interação entre sujeitos, da interação dos sujeitos com seus ambientes, etc". (Bezerra, 1996, p.138)¹⁷

Campos, desenvolve a idéia de que a ação clínica sobre o sujeito incorpore também o seu corpo e sua dinâmica corporal, conforme cada singularidade (contexto social específico), ou seja, que tenha centralidade no doente e seu contexto, mas que considere também a doença do doente concreto. Defende "uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e intervenção, pretende-se incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica". Na relação entre doença e sujeito haveria uma infinidade de posições a depender do espaço que a doença ocupa na existência do sujeito e da história de cada sujeito, considerando seus recursos subjetivos e materiais. Caberia aos serviços dar conta dessa gama de situações possíveis, exigindo-se dos profissionais flexibilidade face à imprevisibilidade colocada por cada situação específica. (Campos, 1997d)¹⁸

Voltando a fala das diretoras, julgamos equivocada qualquer tentativa de sobrepor a promoção e a prevenção sobre a cura, em qualquer formatação tecno-assistencial que pretenda produzir saúde. A sobreposição reforça uma polarização que a história já mostrou ser nefasta para a construção da integralidade.

Isto significa que devemos nos preocupar com as contradições existentes no modo de realizar as práticas assistenciais, no caso a prática dos profissionais do PSF, em particular a preocupação com a reprodução de relações impessoais com os usuários, a solicitação excessiva de exames complementares, a prescrição abusiva de medicamentos, a

¹⁷ Bezerra contrapõe-se à concepção da "clínica baseada em algum modelo normativo de sujeito", defendendo, contudo, o seu espaço na saúde mental como fundamental para se pensar em novas estruturas assistenciais, e a partir destas a sua renovação. Defende o conceito de sujeito "num sentido radical de descentrado, isto é, aberto à pluralidade das produções que a cultura oferece, aberto à criação de modelos novos de subjetividade". Nesta perspectiva a clínica não lidará "com a interioridade psicológica do sujeito", mas "com a rede de subjetividades que o envolve", necessitando a criação de "instrumentos, settings, modalidades de intervenção", que produzam reações, visando a capacidade dos sujeitos ordenarem suas práticas psíquicas, suas práticas sociais, de modo mais criativo. O autor embora defenda a idéia de clínica ampliada, faz questão de ressaltar que nem toda prática de intervenção de reabilitação psicossocial é clínica. (1996, p. 137 - 142)

¹⁸ Para enfrentar os "nós críticos" que a clínica oficial não consegue resolver (fragmentação, especialização, reducionismo biológico, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para ouvir queixas), Campos propõe os conceitos de Campo e Núcleo de saberes e de responsabilidade, articulados às noções de Equipe de Referência, Apoio Especializado Matricial, Vínculos e Projetos terapêuticos amplos. (1997c, 1997d)

baixa resolutilidade que resulta em muitos encaminhamentos, enfim a reprodução pura e simples da tão desgastada prática clínica que o PSF critica e promete transformar.

Para pensar a prática dos profissionais na direção que estamos imprimindo, ou seja, na sua ampliação, vamos buscar apoio em Merhy, Kloetzel, Campos e Mattos.

Merhy (2000) usa a imagem das valises do médico para analisar a gestão na micro-esfera do trabalho. Este autor propõe a utilização desta ferramenta para analisar processos de trabalho em ato, no momento de encontro entre usuário e médico, chamado por ele de espaço de interseção. Neste espaço, o médico faz uso de três valises: a valise das mãos, ocupada por tecnologias duras (equipamentos); a valise da cabeça, ocupada por tecnologias estruturadas do tipo leves-duras (clínica e epidemiologia) e a valise própria do espaço relacional médico (ou outro trabalhador) - usuário, composta por tecnologias leves, que só tem materialidade em ato.

Segundo o autor, o trabalho vivo em ato do médico tem sido mobilizado crescentemente pela valise das mãos, isto é, tipicamente procedimento-centrado. O vínculo e a escuta têm sido substituídos pela solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Se isto ocorre no PSF, um possível desdobramento é que sua ampliação e extensão possam contribuir para o crescimento e expansão do setor médico-hospitalar, produtor de fármacos e equipamentos - a reprodução ampliada do complexo médico- hospitalar!

Algumas recomendações que Kloetzel faz sobre a prática médica podem também ajudar-nos. Diz o mestre, diante da pergunta "o que realmente compete ao profissional de saúde?" - "Não há resposta única. Cada médico, conforme sua disposição tem a sua. Alguns limitam suas atenções ao organismo doente, já outros, por formação e temperamento, pensam em termos mais generosos, procuram-se endereçar ao *sufrimento*, senão ao total das necessidades que conseguem identificar, pelo menos àquelas que se sentem com força para atender. (O limiar de empatia varia grandemente.)."(1999, p.24).

Mesmo considerando a variedade de atitudes que existirão em consequência da consciência do profissional, Kloetzel defende que o atender bem requer que se dê valor não só aos aspectos biológicos, mas aos fatores emocionais e sociais que estão em jogo, e que interferirão no êxito do tratamento.(p.35) Com relação às demandas apresentadas pelos pacientes, estas traduzirão a totalidade ou não de suas necessidades, conforme a

familiaridade que tenham com o médico. Para ele, "o ato médico não é obra de um *momento* mas o desfecho de todo um *processo*", daí a necessidade de se garantir ao paciente a continuidade do cuidado. Da mesma forma, entende "o vínculo médico-paciente" como "um instrumento de trabalho", que, se bem semeado, traz benefícios para as duas partes: para o paciente - bom desfecho terapêutico e para o médico - gratificação profissional.(p.66)

O autor vê na clínica a possibilidade do encontro do profissional com o doente com o seu sofrimento real, ou seja, a clínica reveste-se como o espaço concreto para a prática da integralidade, na qual cura/escuta/ promoção são "iminentes".

A visão de Kloetzel é próxima da de Mattos (2001), autor que tem como preocupação a integralidade e que defende como um dos sentidos para esta abertura que o médico pode dar para outras necessidades, que não aquelas vinculadas à doença manifesta ou que podem vir a se manifestar, e que Kloetzel refere como aquelas do campo psicossocial. Segundo Mattos, buscar "compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta", seria um sentido para a integralidade, sempre tomando como ponto de partida o doente real e suas necessidades.

Como vimos, se para a boa prática médica dependemos da consciência dos profissionais, e esta é uma questão individual, do campo das atitudes, caberá a quem está na gestão local, debruçar-se sobre a organização de processos que potencializem as boas atitudes dos médicos, para que construam vínculos saudáveis com os usuários, que facilitem a autonomia nos seus modos de andar a vida. Vínculos saudáveis, nesse caso, serão produtos de relações em que os usuários possam ser tratados como sujeitos que falam, desejam e julgam, cabendo aos gestores incentivar relações dialógicas entre profissionais e usuários, nas quais também estarão presentes o desejo e o julgamento dos profissionais, para a produção da atenção e do cuidado. Mais uma vez, a clínica é o espaço privilegiado para esse encontro.

O que os grupos focais nos permitiram perceber é que as diretoras, protagonistas importantes na implantação do Qualis, seguem atuando com uma concepção restrita da clínica, o que talvez justifique as críticas apontadas, em particular, dizer que os médicos têm "um olhar voltado para a doença". Mesmo assim, não podemos diminuir a

importância, como assinala Mattos (2001), de todo um conjunto de conhecimentos e técnicas, acumulados pela medicina, voltados para o reconhecimento e o enfrentamento de doenças, sob o risco de penalizar a defesa da integralidade como uma questão de cidadania.

Pensando na implantação de outras experiências semelhantes ao PSF/Qualis, que desdobramentos pode-se esperar, com protagonistas mantendo esta visão? Não será essa uma visão compartilhada por um conjunto imenso de técnicos e gerentes ocupados com a implantação do PSF por esse Brasil afora? Na nossa lembrança, como protagonista na gestão do Qualis na região norte, ainda estão gravadas na memória, cenas em que alguns médicos nos confessavam um certo desencanto com a proposta de médico de família, pois acreditavam que o seu trabalho dar-se-ia nos domicílios, nos espaços coletivos, através da educação, da prevenção, e não atendendo doentes, mesmo que moradores de suas áreas de responsabilidade. Discutir o significado de responsabilização não é uma tarefa simples, e infelizmente neste processo perdemos profissionais por não termos conseguido convencê-los de que a responsabilização por um dado território significa o desafio de compreender e enfrentar um conjunto de necessidades, inclusive aquelas expressas pela demanda espontânea que bate à porta dos nossos serviços.

Creemos que partindo de um olhar focalizado em uma experiência singular de uma das modelagens PSF, podemos estar detectando uma questão "universal" para o PSF!

Como já apontamos, para a gestão não se deixar "capturar" por um possível imobilismo gerado por atitudes indesejáveis para a obtenção da integralidade, vários autores têm buscado ampliar o espaço da gestão, incluindo propostas como a gestão compartilhada, baseada no conceito de autonomia responsável (Campos, 1997b) e a utilização de ferramentas para o diagnóstico dos processos de trabalho em curso nos serviços (construção de fluxogramas, valise dos médicos, propostas por Merhy, (1997b, 2002).

Campos(1997b, 1997c, 1997d, 2000a), ajuda-nos a analisar a organização dos processos de trabalho através da aplicação dos conceitos de núcleo e campo de responsabilidade dos profissionais, para pensar o trabalho em equipe. O autor defende a importância de se reconhecer que em todo campo de prática interdisciplinar, como é o caso da equipe de saúde da família, existe o operar de cada identidade profissional, procurando

assim resguardar o compromisso com certos saberes e com determinadas práticas, particulares a cada profissão, dentro do trabalho interdisciplinar. A isto corresponderia o núcleo de responsabilidade de cada profissional.

No caso do médico de família, o núcleo de sua responsabilidade estaria na clínica voltada para os diversos ciclos de vida do ser humano, mas estaria também na capacidade deste profissional agregar outros conhecimentos para ampliar a sua prática, de forma a construir relações com os usuários/famílias baseadas em vínculos saudáveis.

Ora, a clínica que o PSF postula, baseada no vínculo e ampliada pelos atributos que estamos aqui defendendo, ou seja, que incorpore como seu objeto o indivíduo doente, e não simplesmente a doença, não é prerrogativa do médico de família. Estamos querendo chamar a atenção para o fato de que os limites do núcleo de responsabilidade do médico de família com o núcleo de responsabilidade dos outros profissionais da equipe são pouco precisos, uma vez que este conjunto de atributos não é exclusividade do médico, mas também da enfermeira.

Tomando o conceito de campo formulado pelo autor, como "um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas", talvez devêssemos dizer que estes atributos próprios de uma "clínica ampliada" conferem uma dada especificidade de campo para uma equipe interdisciplinar, como a equipe de saúde de família.(Campos, 2000a, p.3).

Mais adiante voltaremos a esta discussão. Por ora, queremos ressaltar que estes conceitos podem ajudar aqueles que estão à frente de processos de mudança, no sentido de combinar formas organizacionais que potencializem a produção da saúde nos serviços, pelas equipes de saúde da família e destas com outras, como a da saúde mental, no caso do PSF/Qualis/Zerbini.

Retomando a questão da integralidade como uma "imagem objetivo" a ser perseguida, ou como "um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde", Mattos(2001) a coloca em duas dimensões: a dimensão individual, das posturas e das atitudes e a dimensão dos processos de trabalho em equipe, de forma a articular a demanda espontânea com a demanda programada dos serviços.

Potencializar atitudes pode ser fomentado num trabalho em equipe articulando o conceito de núcleo e de campo para a produção da integralidade, uma vez que campo também é descrito por Campos como um ampliação situacional do núcleo, orientando-se "pela necessidade de se cumprirem objetivos acordados em um dado contexto" (Campos, 2000b, p.216).

Com relação a prática da enfermeira aparece a mesma questão: uma falsa polêmica entre "prevenção e cura". Há uma preocupação evidente com o deslocamento da enfermeira para a assistência, ao invés de ocupar-se com o controle do trabalho do agente comunitário e com a articulação das ações de prevenção desenvolvidas no território.

Isto é evidenciado no segundo grupo focal quando uma fala aponta o quanto o Qualis, ao colocar a enfermeira no acolhimento, estimulou a demanda e outra, que destaca a existência de um número expressivo de usuários que nunca estiveram nas unidades para atendimento, cabendo ao médico ficar mais disponível para esta atividade. Ambas as falas conduzem à necessidade de se rever o papel da enfermeira, dirigindo-o para articular o espaço social, numa expectativa de que o trabalho extra-muros, enfatizando a prevenção, repercute na diminuição da demanda, fugindo, mais uma vez, do enfrentamento das contradições reveladas na prática da clínica pelos profissionais do Qualis. Percebemos uma contradição entre aceitar o acolhimento, uma vez que este espaço estimula a demanda para atendimento, e defendê-lo como um espaço mais condizente com o núcleo de responsabilidades do médico, deixando a enfermeira mais livre para envolver-se com as ações de prevenção, a serem desenvolvidas internamente através do acompanhamento programático para alguns grupos, como também com as ações desenvolvidas no território.

Ocupando-nos da questão específica da prática da enfermeira, não podemos deixar de reconhecer a tensão com que esta se realiza no Qualis, no espaço relacional do acolhimento. Este é um espaço de trabalho em ato, em que os usuários trazem suas demandas na expectativa de ter seus problemas resolvidos. Muitas vezes, esses problemas têm a ver com o núcleo de responsabilidade do médico, requerendo o saber mais estruturado da clínica. Contudo, num grande número de situações, a enfermeira consegue resolvê-los, como foi atestado pelo relato das diretoras no grupo focal.

Naturalmente, a entrada da enfermeira neste espaço não foi tranquila, como relatamos na descrição da modelagem, no capítulo correspondente. Várias resistências foram encontradas, a começar da própria enfermeira, que achava que o seu lugar na assistência era mais condizente com o acompanhamento de doentes crônicos compensados, com o pré-natal e com crianças na puericultura. Situações essas em que ela poderia exercer a sua prática, de acordo com o seu núcleo específico de responsabilidade, de natureza mais voltada para o cuidado e disto não podemos discordar. Mas, justamente por isto, ou seja, pelo fato do núcleo de responsabilidade da enfermeira estar mais vinculado ao cuidado, queríamos inseri-la no espaço do acolhimento, com o intuito de não transformá-lo num espaço centrado no procedimento. O acolhimento, com certeza, foi um desafio para elas, e as diretoras confirmam isto no grupo focal, mas confirmam também que foi a possibilidade delas conseguirem sair de um espaço mais restrito e experimentarem uma forma diferente de exercitar sua prática.

No nosso entendimento, o acolhimento do jeito que foi organizado no PSF/Qualis/Zerbini, não seria espaço do trabalho específico de uma categoria profissional, mas um espaço para ser trabalhado como o que Campos(1997b) define como campo de responsabilidades de uma equipe, ou seja, como uma combinação de polivalência e especialização, requerendo acordos e flexibilidade entre os membros da equipe, de forma a respeitar-se os limites de competência de cada profissional, sem, contudo, perda da responsabilidade operacional da equipe com a proposta, qual seja, de receber o usuário, ouvi-lo e responder à sua queixa.

Sobre o trabalho no território, consideramos um equívoco entendê-lo simplesmente como um espaço para a prevenção. Para ampliar esta discussão, para além de reproduzir generalidades (prevenção, parcerias, intersetorialidade), apoiamo-nos em dois autores que discutem território, sob duas lógicas distintas, mas não excludentes na nossa opinião.

Kinoshita (1996), em suas considerações sobre a inserção de um projeto de saúde mental no território, reconhece a dimensão dos serviços buscarem o seu conhecimento, explorando os aspectos culturais, econômicos, geográficos, processos migratórios, modas, etc., com o objetivo de transformá-los em recursos ativos em prol do

desenvolvimento de um projeto de vida. Para ele, a delimitação dos limites de um território é dada não pelo aspecto geográfico em si, mas dependendo do sujeito ou dos sujeitos em questão. Assim, uma equipe de saúde para funcionar numa lógica de responsabilidade dentro de um serviço inserido num território, "deve atuar não apenas dentro de sua unidade, mas ir em busca de conhecer e atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem a vida cotidiana dos pacientes, visando enriquecê-lo e expandi-lo. Este pode estar totalmente incluído no "território do serviço", ou pode extrapolar suas fronteiras. ... Por outro lado, é possível fazer, de modo análogo, intervenções sobre o "território de grupos específicos", mediados por problemas ou necessidades comuns." (Kinoshita,1996, p.45)

Mendes (1993) reconhece o território como um espaço que transcende os limites geográficos e também está preocupado com mudanças na forma de organização dos serviços para atender as necessidades de saúde. Da mesma forma, defende a construção de relações de responsabilização entre equipes e usuários, embora priorize o enfoque do trabalho no território em problemas considerados mais relevantes do ponto de vista epidemiológico.

Esta, na nossa opinião, é a questão central que precisamos incluir na discussão sobre território no PSF: o trabalho território defendido por Kinoshita tem como referencial o sujeito ou os sujeitos que têm em comum uma necessidade, que precisa ser compreendida e articulada com fazeres (internos e externos aos serviços de saúde) acordados em trabalho de equipe, com possíveis desdobramentos para outras equipes, para outros equipamentos sociais. O autor destaca que para esses fazeres promoverem qualidade de vida, precisam ser transformados em projetos que "resgatem o sentido para a vida" das pessoas que moram no território.

Vemos da mesma forma os problemas identificados pelas equipes, sob a lógica da epidemiologia. Para esses problemas serem enfrentados no território, precisam ser processados interna e externamente (nos serviços e entre serviços) e transformados em projetos que sejam decodificados, no sentido de fazerem sentido para a vida das pessoas se quisermos que sejam abraçados coletivamente pelos sujeitos que vivem no território e ter os problemas impactados.

O trabalho no território direcionado para um sujeito, ou para um grupo de sujeitos que portam problemas comuns, ou ainda para problemas estruturados, significa muito mais do que propor ações de prevenção para situações de risco. Significa o esforço de uma equipe de planejar intervenções articuladas entre os três campos de ação médico-sanitária - promoção, prevenção e cura, em sua dimensão individual ou coletiva, a depender do problema em questão.

E neste sentido, caberia a questão: na equipe do PSF, tal como estamos analisando, de quem seria a responsabilidade pelo planejamento deste conjunto de ações? Caberia a um profissional específico a transformação destas necessidades/problemas em projetos de intervenção? Acreditamos que não. Mais uma vez, Campos, com os conceitos de núcleo e campo, abre a possibilidade do trabalho ser construído, sem a rigidez de estabelecer-se a priori limites precisos entre um e outro, embora procure respeitar as identidades profissionais com seus saberes e práticas específicas (1997b, 1997c, 1997d, 2000a).

Para completar esta discussão sobre o trabalho em equipe, Nicácio critica "a equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem no tratamento da doença, " tendo a cura como ideal, ... a hierarquia e a rigidez dos papéis codificados, ...". Diz ela: "Entendemos que a ação em equipe é fundamentalmente um espaço coletivo de ação e reflexão de nossas práticas nas quais as especificidades profissionais não são "identidades" a serem defendidas mas instrumentos de ação que se constroem, que se transformam a partir da relação de nossos conhecimentos com a realidade." (Nicácio, 1990, p.107)

Voltando a necessidade da articulação entre os três campos da atuação médico-sanitária como um dos requisitos para a integralidade, existe uma tendência nos autores que discutem a saúde como um processo de produção social, que se expressa num nível de qualidade de vida, a compreensão da exigência de conhecimento interdisciplinar e de práticas intersetoriais, transcendendo a idéia do setor saúde isolado.

Embora a fala das diretoras permita que se perceba que elas têm esta compreensão, evidencia que está permeada por uma noção que nos faz recordar "do modelo da história natural das doenças", de Leavell & Clark (1978), em que a prevenção é

apresentada de forma dissociada do aparecimento das doenças, ou do risco do seu aparecimento.

Quando discutem o trabalho de grupo e a visita domiciliar, fica muito clara a visão mitificada da prevenção, reproduzindo-se o discurso preventivista, sob o ângulo da antiga história natural da doença, particularmente no que diz respeito à maior eficácia das medidas preventivas quando aplicadas a indivíduos ainda não afetados ou naqueles nos quais a doença iniciou, mas não apresentam ainda sintomas.

Perde-se a noção de risco como conseqüência das condições objetivas de existência e reaviva-se a idéia de que cabe ao profissional de saúde a educação sanitária, sob a forma de orientações ao indivíduo sadio, no sentido da promoção e da prevenção de doenças.

Não podemos esquecer que o campo das ações de promoção é visto pelos autores como um campo fundamentalmente transetorial, uma vez que "valoriza os determinantes gerais das condições de saúde e engloba o conjunto de providências no plano das políticas públicas que visa intervir positivamente sobre diversos fatores que propiciem maiores níveis de saúde"(Giovanella et al, 2002, p.48).

Consideramos que a discussão da proposta da clínica ampliada, com a ajuda dos autores citados, fez-se necessária para preencher pontos não suficientes trabalhados no nosso referencial teórico, no sentido de tornar possível a problematização dos "ruídos" levantados no grupo focal e conseqüentemente o encontro de caminhos mais condizentes para a realização das finalidades dos serviços de saúde - a escuta e as respostas das necessidades de saúde de sujeitos concretos.



CAPÍTULO 10 *CONCLUSÕES*

Finalizada a investigação, é chegado o momento de encerrar um processo que nos envolveu intensamente, na direção dos objetivos que nos propusemos no início da pesquisa.

Acreditamos que no decorrer da avaliação foram sendo evidenciadas as características operacionais da modelagem PSF/Qualis/Zerbini, assim como as dificuldades na sua implantação na região norte do município de São Paulo.

Contudo, duas questões colocadas nos nossos objetivos precisam ainda ser respondidas. Afinal, o que podemos dizer da qualidade da assistência no PSF/Qualis/Zerbini e o que dessa experiência podemos considerar relevante para outras experiências de implantação de PSF?

Apesar de termos relativizado o estudo quantitativo (proposto no início da investigação) podemos dizer que ele evidenciou a existência de diferenças significativas que acreditamos refletirem movimentos de mudanças que podem ser creditadas às diretrizes organizacionais do PSF, em especial o vínculo e o trabalho multiprofissional, que na nossa opinião influenciam positivamente na qualidade da assistência do PSF/Qualis/Zerbini.

Não podemos esquecer que na região norte o PSF foi implantado a partir das unidades básicas existentes e as diretoras (protagonistas) guardam na memória o grau de transformação efetuado no processo de mudança de modelo. Além disso, o banco de dados utilizado no estudo quantitativo, por ser compartilhado pelos dois grupos de unidades, pressupõe no mínimo que algumas tecnologias sejam também compartilhadas e operacionalizadas pelas duas redes analisadas. Assim, independente do quanto os dois modelos tecnológicos de organização da assistência explicitem como suas finalidades assistenciais, ambas as redes existem para atender necessidades de saúde.

Este é o ponto que precisamos considerar: os serviços de saúde existem para escutar e atender da forma mais completa possível as necessidades das pessoas reais que os procuram.

Claro que fazer a comparação entre os dois grupos de unidades, como nos propusemos, requer cuidado, uma vez que os indicadores construídos, além da limitação decorrente de sua natureza, por serem dados quantitativos precisam ser contextualizados para adquirirem o status de informação. No entanto, mesmo considerando tais restrições, na

nossa opinião o estudo quantitativo nos permite dizer que o PSF/Qualis/Zerbini, como uma modelagem de PSF, apresenta vários dispositivos que potencializam a percepção das necessidades de saúde. Rememorando o que os indicadores apontaram: no Qualis, realiza-se mais procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares, trabalhos de grupo, consultas médicas para hipertensão e diabetes e consultas de enfermeira. Todo esse esforço operacional faz-se com a intenção de conferir maior acessibilidade da população à assistência. O único indicador que se apresentou francamente favorável às unidades Estado foi o indicador para saúde da mulher. Contudo, acreditamos que o seu comportamento no Qualis deva ter sido influenciado pelo fato de que grande parte do atendimento deste grupo é realizado pelas enfermeiras, atendimento este não incluído no cálculo do indicador, diferentemente do atendimento de hipertensos e diabéticos, que por ser de responsabilidade maior dos médicos de família, possibilitou ao Qualis uma melhor apresentação nos indicadores correspondentes.

O caminho seguido pela investigação, valorizando as falas e as representações de protagonistas importantes do Qualis, no caso as diretoras das unidades, trouxe novas contribuições para o estudo. Os grupos focais foram colocando interrogações que não estavam presentes no início da investigação. Como exemplo, citamos o indicador para inalações realizadas, que num primeiro momento foi por nós questionado quanto a sua validade (no grupo focal duas diretoras com argumentos diferentes defendiam o indicador que em suas unidades apresentava-se com valores diametralmente opostos), mas que independente do mérito quantitativo suscitou outras questões para reflexão, em particular o acesso aos serviços, o perfil de morbidade e acolhimento no Qualis.

Os grupos focais ao propiciarem um espaço de escuta para as diretoras nos permitiram ver que apesar de termos procurado instituir no Qualis outras tecnologias, como a introdução do trabalho em saúde mental e a prática do acolhimento, com o objetivo de enriquecer o modelo original de PSF, as idéias de promoção e a prevenção como o centro das práticas do PSF continuam sendo expressas com muita força, denotando uma grande proximidade com o PSF do Ministério da Saúde e dos autores que o defendem como modelo substitutivo.

Na nossa opinião, prender-se a essas concepções significa não se dispor a enfrentar os nós críticos da clínica hegemônica, correndo o risco de mantê-la reproduzindo-se sob a mesma lógica (o que os autores que defendem o PSF criticam), fechada sobre si mesma. Significa abrir mão da utilização de um espaço privilegiado no PSF para promover a tão esperada integração das ações de saúde.

É verdade que a configuração assistencial do PSF com o trabalho em equipe responsável por uma área de população adscrita, a presença do médico "generalista" não mais isolado no serviço, mas, integrado a equipe, a ida do médico à comunidade, o uso de protocolos acordados na equipe e a participação da enfermeira no atendimento propiciam grandes mudanças no modo de operar a prática clínica - a presença do vínculo é inegável. Contudo, as diretoras, aparentemente presas ao discurso preventivista, não conseguem problematizar o espaço da clínica como um espaço a ser modificado para produzir a integração da prevenção com a cura, a partir das necessidades dos sujeitos e seus contextos.

Ficamos com a impressão de que apesar do movimento sanitário propor desde a década de 70 a superação crítica do conceito ecológico da multicausalidade, adotando a visão mais ampla da determinação social das doenças, quando se discute na prática a organização da atenção, o discurso preventivista se reatualiza por meio da dicotomia prevenção/cura, demonstrando a preservação dessa concepção na configuração das práticas de saúde, o que nos autoriza dizer que o modelo da história natural das doenças tem forte presença no imaginário dos trabalhadores da saúde. O discurso preventivista mantém-se hegemônico presidindo as modelagens estudadas!

Como consequência, a prevenção e a intersectorialidade operam quase como um mito, como algo a ser buscado sempre e que um dia alcançado promete o fim da doença, o esvaziamento da clínica, do hospital etc.

Defendemos a importância dos referenciais da epidemiologia no planejamento e na avaliação do trabalho como um dos instrumentos de reconhecimento de necessidades de saúde, mas o fato de admitirmos, como diz Stotz, que a relação entre necessidades e a atenção institucional será sempre resolvida parcial e provisoriamente, não poderá ser justificativa para não incluirmos a manifestação dos sujeitos reais na definição das necessidades, conforme percepções e situações diferenciadas.

Os autores utilizados na nossa leitura, em especial aqueles vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, comungam estas idéias e apontam para um outro desenho da clínica e para outras formas de organizar a atenção, num esforço de romper com o modelo preventivista, procurando reorientar o foco de atenção do trabalho para o usuário portador de múltiplas necessidades e de seu encontro com os trabalhadores de saúde em ato.

A taxonomia das necessidades de saúde que usamos para a análise representa, na nossa opinião, um esforço para trabalhar de forma mais ampliada as necessidades de saúde dos usuários.

Acreditamos que a proposta inicial do PSF/Qualis/Zerbini vinculava-se a uma concepção de clínica ampliada, a ser praticada de forma a romper com essa visão mais restrita e focalizadora do discurso preventivista. Nessa medida, o Qualis representou um esforço de incorporar novos elementos e novas estratégias que em princípio o tornariam capaz de escutar de forma mais ampliada e mais generosa as necessidades de saúde.

Como participantes da coordenação do projeto sabíamos que o projeto era contra-hegemônico, que havia uma lógica a ser modificada e que vários dos nossos profissionais precisavam ser convencidos, só não esperávamos que as diretoras não estivessem plenamente identificadas com essa forma de trabalhar. Na verdade, também atuamos de forma mitificada. Supúnhamos que o que estava claro para nós, era compreendido pelo outro. Ao final da investigação nos questionamos sobre o quanto (enquanto dirigentes do Qualis) permitimos que emergissem essas contradições, o quanto nos dispusemos ao debate real dessas idéias que, como vemos, são tão fortes no imaginário dos trabalhadores da saúde. Talvez a principal descoberta da investigação tenha sido a oportunidade de retornar, como investigadora, ao objeto que ajudamos a construir, e reconhecer como frequentemente os dirigentes de serviços ou de sistemas de saúde subestimam a força das idéias do "outro" e não percebiam que esse "outro", como também é protagonista, interage, recria, ressignifica propostas, objetivos e projetos. O olhar do lugar de dirigente para os serviços de saúde é apenas um dos olhares possíveis, e nunca o mesmo e compartilhado olhar de todos os envolvidos, sejam eles trabalhadores de saúde ou usuários.

Assim, para além do esforço de avaliação das potencialidades do PSF/Qualis/Zerbini em atender as necessidades de saúde, a investigação reforça centralmente a idéia de que a gestão em saúde tem um caráter necessariamente processual e negociado.

Além disso, o que poderia ser considerado como generalizável a partir de uma experiência singular e específica é a indicação de que o desenho tecnológico adotado - o projeto de rede pretendido - tem muito peso na construção das práticas cotidianas dos trabalhadores e, mais do que isso, de que esse projeto nunca estará acabado e portanto será fruto de disputas e negociações permanentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, A. S. da S. **O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Campinas, 1975. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

BAREMBLIT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. *Teoria e Prática*. 3.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BEZERRA, B. A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec:1996, p.137-142.

BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. 251 p.

BRAGA CAMPOS, F. C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000. (Tese - (Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**, São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981. 226p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. D.O.U. de 6/11/96. Brasília, 1997.

CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. dos; SANTOS, A. de F. dos.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. 387 p.

CAMPOS, G. W. de S. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. 175 p.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

CAMPOS, G. W de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.29-88.

CAMPOS, G. W de S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. E ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.71-112.

CAMPOS, G. W de S. Aplicação dos conceitos de Campo e Núcleo na construção de uma clínica singular. DMPS/FCM/Unicamp, mimeo, 1997 c.

CAMPOS, G. W de S. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. DMPS/FCM/Unicamp, mimeo, 1997 d.

CAMPOS, G. W de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. DMPS/FCM/Unicamp, mimeo, 2000 a.

CAMPOS, G. W de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000 b. 236p.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.144-163.

CAPISTRANO FILHO, D. **Santos: Mil dias de governo popular**. São Paulo: Brasil Urgente. 1991. 142 p.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da Saúde e das Cidades**. São Paulo: Hucitec. 1995. 155 p.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. Projeto Qualis/Zerbini, mimeo, 1999a.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião dentista no Programa de Saúde da Família. Projeto Qualis/Zerbini, mimeo, 1999b.

CECÍLIO, L. C. de O. Prólogo. In: CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.11-28.

CECILIO, L. C. de O.; LIMA, M. H. de J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo para a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: PIMENTA, A. L. (Org.) **Saúde e humanização**: A experiência em Chapecó. São Paulo: Hucitec - Prefeitura de Chapecó, 2000. p.159-182.

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

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Brasil. Ministério da Saúde. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v.1: (1), 1996.

DALMASO, A. S. W. Atendimento à demanda espontânea: pronto atendimento e atividades programáticas. In: SCHRAIBER, L.B., GONÇALVES, R.B.M., NEMES, M.I.B., (Org.) **Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.151-166.

DONNÂNGELO, M. C. F., PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 174p.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**, 32 (2):49-60, 1998.

FERREIRA, J. B. **O SUS em Mauá**: desafios na construção. Campinas, 2000. (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. DMPS/FCM/Unicamp, mimeo, 1997.

FREITAS, M. de. A inserção da saúde bucal no Projeto Qualis/PSF. Projeto Qualis/Zerbini, mimeo, 2000.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. de V. C.; CARVALHO, A. I. de; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M.. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, 26.(60): 37-61, 2002.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994. 278p.

HENRIQUES, C. M. P. SUS: qual a novidade? In: BRAGA CAMPOS, F.C.; Henriques, C.M.P. (Org.) **Contra a maré à beira-mar**: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta, 1996. p.23-26.

KADT, E. de; TASCA, R. **Promovendo a equidade** : um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo- Salvador: Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde. p.17-44.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: BRAGA CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C.M.P. (Org.) **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p.39-51.

KITZINGER, J. The methodology of Focus Groups; the importance of interaction between research participants. **Sociology of Healths & Illness**,16(1), 1994.

KLOETZEL, K. **Medicina ambulatorial: princípios básicos**. São Paulo: EPU 1999, 293 p.

LANCETTI, A. **Assistência Social & Cidadania**. São Paulo: Hucitec,1996.166p.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A.; LANCETTI, A.; MATTOS, S.A. F.; CRUZ, M. L. S.; RODRIGUES, M. S. M.; ROCHA, S. M. et al. **Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000, p.11-52.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **A Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, Ltda. 1976. 719 p.

LEUCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. Ministério da Saúde Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v.1(1),1996.

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

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. São Paulo, 1999. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social das mudanças das práticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1993. p.93-158.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAUJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social das mudanças das práticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1993. p.159-186.

MENDES, R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió**. São Paulo, 2000. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

MERCER, H. Avaliação: reflexões sobre o tema. **Interface - comunicação, saúde, educação**. Fundação UNI Botucatu/Unesp, 4 (7): 119-121, 2000.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992. 221p.

MERHY, E. E. **A rede básica como eixo do modelo tecnoassistencial do SUS**. DMPS/FCM/Unicamp, mimeo, 1993.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e Planejamento**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1995. p. 117-149.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.71-112.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997c. p.197-228.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993 a. 269 p.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. **Cad. Saúde Pública**, 9(3): 239-248, 1993 b.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.) **Programação em saúde hoje**: a força do debate. São Paulo: Hucitec, 1990. p.65-116.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p.48-65.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A.(Org). **Saúde e Loucura**, número 1, São Paulo: Hucitec, 1989. p.91-108.

NOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **RAP**, 32 (2): 35-48, 1998.

Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria de Planejamento/DIPLAN. Diretoria de Executiva de Informações e Estatística. Indicadores Básicos do Quadro Situacional de Pernambuco. (Proposta preliminar para discussão). Recife, 1997a.

Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria de Planejamento/DIPLAN. Diretoria de Executiva de Informações e Estatística. Projeto de Implementação do Sistema Estadual de Informações em Saúde. Recife, 1997b.

PIMENTA, A. L. **Saúde e humanização**: A experiência em Chapecó. São Paulo: Hucitec - Prefeitura de Chapecó, 2000. p.159-182.

PINHEIRO, O. de G. **O sentido das queixas de usuários de um serviço de saúde mental: uma análise discursiva**. São Paulo, 1998. (Tese - Doutorado - Pontifícia Universidade Católica).

PINHEIRO, O. de G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.J (Org) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p.183-214.

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. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 65-112.

Projeto Qualis/Fundação Zerbini. A implantação do Programa de Saúde da Família na região norte do Município de São Paulo. São Paulo,1998.

SCHRAIBER, L. B. Introdução. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.) **Programação em Saúde hoje: a força do debate**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.11-36.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; GONÇALVES, R.B.M.; NEMES, M.I.B. (Org.) **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP. Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS - Campinas. Impresso Artes gráficas do H.M.M.G., 2001.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. O debate no campo da saúde coletiva, São Paulo: Hucitec, 1998. 147p.

SOUSA, M. F.; FERNANDES, A. S.; ARAÚJO, C. L. de. Gestão de Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação Em Saúde para Debate**, 21:7-14, dez 2000.

SOUSA, H. M. de. Mensagem ao leitor: é preciso alegrar as cidades. **Divulgação Em Saúde para Debate**, 21:5-6, dez.2000.

SPINK, M. J. ; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J (Org) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p.93-122.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico- metodológica de conceitos operacionais da área do Planejamento em Saúde)**. Rio de Janeiro, 1991. (Tese - Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública).

TANAKA, Y. O. **Avaliação do programa de assistência à criança da Secretaria de Estado da Saúde**. São Paulo, 1982. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).

TESTA, M. Mario Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 57-60.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999. p.315-329.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1993. p. 221-236.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999. 332 p.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, 23: 6-19, 1999.

VIANA, A. L. D'Á. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. **RAP**, 32 (2):24-33, 1998.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 8(2):11-48, 1998.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, 120 (6): 473-481, 1996.



ANEXOS

Unidades Estado
Localização Geográfica e Recursos Humanos
Ano 2000

Unidades	Distrito Administrativo	Direção	Médicos			Enfermagem	Enfermagem*	Cirurgião Dentista	Atendente Consultório	Outros profissionais
			clínicos	GO	pediatria				Dentário ACD	
Adelaide Lopes	Limão	Médico sanitarista	2	2	3	0	11	5	7	1 assistente social 1 visitadora 1 ass. social, 1 fonoaudiólogo 1 psicólogo
Palmeiras	Freguesia do Ó	Enfermeira	2	1	3	1	8	4	5	1 fonoaudiólogo 1 psicólogo
Casa Verde Alta	Vila Nova Cachoeirinha	Médica pediatra	3	2	5	1	7	2	2	1 fonoaudiólogo
Paulistano	Brasilândia	Fonoaudióloga	2	3	4	1	11	3	1	1 ass. social
Vila Progresso	Freguesia do Ó	Médico sanitarista	5	2	2	3	9	5	3	3 ass. social 1 psicóloga
Santa Maria	Limão	Cirurgiã Dentista	1	2	3	2	7	4	1	1 ass. social, 1 psicólogo 1 ass. social, 1 fonoaudiólogo
Guanabara	Freguesia do Ó	Cirurgiã Dentista	3	3	5	2	5	4	1	1 psicólogo
Barbosa	Limão	Psicóloga	1	2	2	0	5	3	-	1 ass. social
Jardim Peri	Vila Nova Cachoeirinha	Médico pediatra	4	5	4	2	14	2	1	1 ass. social

* atendentes e auxiliares de enfermagem

Unidades Qualis
Localização Geográfica e Recursos Humanos
Ano 2000

Unidades	Distrito Adminstrativo	Nº equipes	Cirurgião Dentista	THD*	ACD**	Direção
Espanhola	V.N. Cahoeirinha	3	6	2	6	médica pediatra
Ilza Hutzler	V.N. Cahoeirinha	5	6	2	6	cirurgiã dentista
A.A. Galvão	Brasilândia	5	6	2	6	cirurgiã dentista
Penteado	Brasilândia	5	6	2	6	enfermeira
Vila Ramos	Freguesia do Ó	4	3	0	2	assistente social

* Técnico de higiene dental

** Atendente de consultório dentário

Consultas de Enfermeiras

Unidades	Total	Saúde da mulher	Hipertensão	Diabetes	Tuberculose	Pré-natal
Adelaide	224	0	0	0	0	0
Palmeiras	0	0	0	0	0	0
C. Verde	1840	0	0	0	0	0
Paulist.	308	0	14	23	0	115
Progres.	0	0	0	0	0	0
Sta. Maria	0	0	0	0	0	0
Guanab.	410	0	0	0	0	0
Barbosa	591	62	107	5	139	199
Peri	169	0	0	0	0	0
Pent.	5292	1002	513	91	18	485
Ilza	6338	369	345	66	3	381
Galvão	5204	671	379	64	8	472
Ramos	6619	567	503	221	11	267
Espanhola	6161	0	270	72	2	189

Consultas de Enfermeiras por faixa etária

Unidades	<1 ano	1-5	5-12	12-15	15-21	21-40	40-60	>60
Adelaide	0	0	0	0	0	0	0	0
Palmeiras	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Verde	8	17	17	32	81	642	788	255
Paulist.	0	0	12	0	0	250	35	11
Progres.	0	0	0	0	0	0	0	0
Sta. Maria	0	0	0	0	0	0	0	0
Guanab.	0	0	0	0	0	0	410	0
Barbosa	7	39	5	3	29	414	61	33
Peri	4	9	4	3	12	87	43	7
Pent.	1214	736	315	0	558	1341	685	443
Ilza	148	654	470	138	575	1747	2481	125
Galvão	814	917	525	114	427	1237	688	482
Ramos	652	902	645	232	495	1621	1280	792
Espanhola	973	1002	393	158	440	1369	1033	793

Pré-natal

Unidades	CM	CE	CM iniciais			
	Total	Total	1º trim	2º trim	3º trim	Total
Adelaide	661	0	23	43	23	10289
Palmeiras	1040	0	75	51	14	9665
C. Verde	126	0	14	8	0	9479
Paulist.	775	0	118	60	18	10044
Progres.	564	0	46	23	15	5382
Sta. Maria	549	0	87	60	32	9329
Guanab.	406	0	111	40	50	10563
Barbosa	841	1040	60	55	29	10759
Peri	767	0	117	265	127	11960
Pent.	610	1095	2	29	7	9863
Ilza	542	923	21	20	9	9643
Galvão	564	1036	16	8	6	11017
Ramos	546	813	27	22	16	7399
Espanhola	316	505	20	11	0	7067

Unidades	Baciloscopias	Coletas de citologia
Adelaide	0	665
Palmeiras	0	409
C. Verde	0	373
Paulist.	3	612
Progres.	0	568
Sta. Maria	0	389
Guanab.	0	589
Barbosa	9	422
Peri	37	472
Pent.	49	611
Ilza	30	690
Galvão	51	545
Ramos	48	275
Espanhola	75	548

Consultas Médicas

Unidades	Total	<5	<15	>15	>21
Adelaide	10289	3514	4818	5471	4785
Palmeiras	9665	2821	4261	5404	4746
C. Verde	9474	3119	3913	5561	4968
Paulist.	10044	3555	5049	4995	4168
Progres.	5382	332	494	4888	4355
Sta. Maria	9329	3124	4201	5128	4513
Guanab.	10563	1657	2784	7779	6910
Barbosa	10759	2591	4035	6724	5901
Peri	11960	2311	3875	8074	7283
Pent.	9863	2068	2620	7179	6283
Ilza	9643	804	1416	8074	7320
Galvão	11017	1558	2644	8373	7683
Ramos	7399	1429	2103	5092	4539
Espanhola	7067	1538	2134	4933	4490

Procedimentos de Enfermagem

Unidades	coleta exames	medicamentos administrados	inalações realizadas	curativos	retirada de pontos
Adelaide	3681	1956	1224	309	128
Palmeiras	1966	974	1429	349	136
C. Verde	7068	675	611	80	32
Paulist.	3111	1459	1424	641	207
Progres.	1721	611	277	179	216
Sta. Maria	1519	1580	1264	306	187
Guanab.	8682	977	424	369	143
Barbosa	3851	793	1474	504	154
Peri	6747	3737	8980	839	281
Pent.	9747	9747	4433	1240	110
Ilza	8062	1651	2116	853	129
Galvão	5030	2063	3536	865	151
Ramos	5687	2538	2595	697	116
Espanhola	17244	888	2362	454	105

Vacinas Aplicadas

Unidades	3ª dose	3ª dose	BCG
	SABIN	DPT	
Adelaide	237	233	257
Palmeiras	199	158	160
C. Verde	131	146	141
Paulist.	347	207	280
Progres.	100	148	242
Sta. Maria	164	160	249
Guanab.	126	121	126
Barbosa	152	167	278
Peri	570	572	1011
Pent.	253	241	225
Ilza	199	285	283
Galvão	217	206	243
Ramos	152	143	226
Espanhola	143	143	167

Unidades	Visitas domiciliares	Trabalho em grupo
Adelaide	1	29
Palmeiras	56	0
C. Verde	16	6
Paulist.	6	184
Progres.	2	533
Sta. Maria	5	0
Guanab.	113	282
Barbosa	107	289
Peri	216	69
Pent.	1323	368
Ilza	1	33
Galvão	879	263
Ramos	6619	656
Espanhola	6161	443

Consultas Médicas por grupo de atendimento

Unidades	Saúde da mulher	Hipertensão	Diabetes	Tuberculose	Pré-natal
Adelaide	2063	710	303	120	661
Palmeiras	1736	679	210	0	1040
C. Verde	2766	483	65	18	126
Paulist.	2079	605	374	0	775
Progres.	1550	1125	212	0	564
Sta. Maria	1606	389	118	34	549
Guanab.	3838	0	0	0	406
Barbosa	2199	606	151	3	841
Peri	25	992	552	62	767
Pent.	704	2583	544	53	610
Ilza	1299	1341	496	10	542
Galvão	1226	3196	607	105	564
Ramos	202	1234	858	46	546
Espanhola	0	1386	175	5	316

Consultas Médicas por faixa etária

Unidades	<1 ano	1-5	5-12	12-15	15-21	21-40	40-60	>60
Adelaide	1870	1644	1128	176	686	2247	1484	1054
Palmeiras	1481	1340	1088	352	658	2129	1467	1150
C. Verde	982	2137	608	186	593	2497	2014	457
Paulist.	1649	1906	1275	219	827	2388	1266	514
Progres.	210	122	104	58	553	1767	1486	1082
Sta. Maria	1401	1723	968	109	615	2056	1689	768
Guanab.	802	855	799	328	869	3120	2281	1509
Barbosa	1087	1504	1040	404	823	2813	1766	1322
Peri	1080	1231	1332	232	791	2874	2608	1801
Pent.	1135	933	552	0	896	1931	2122	2230
Ilza	272	532	448	164	754	3407	3513	400
Galvão	613	945	821	265	690	2437	2762	2484
Ramos	723	706	492	182	553	1548	1542	1449
Espanhola	828	710	429	167	443	1297	1680	1513

Gráfico 1- Coleta de exames. (Trechos do grupo focal Qualis)

1-Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
<p>R- Olhando esse gráfico, o que esse gráfico revela, na opinião de vocês?[Silêncio... momento reflexivo]</p> <p>Y- Aqui a média que você considerou foi em função também... do número de... RH?</p> <p>Li- É a média de unidade.</p> <p>[Silêncio novamente: 8 segundos]</p> <p>L- Algumas unidades até se igualam ao Qualis e outras se diferenciam muito em relação às unidades do Qualis.</p>		
	<p>J- Eu acho que, de qualquer forma a diferença maior aqui tá no Espanhola, e eu não se foi considerado esse dado aqui, levando em consideração que é um ambulatório de especialidades, né?</p>	
<p>L- E conhecendo assim os postos do Estado como a gente conhece, chama atenção aqui algumas unidades que têm um grande atendimento, está a nível menor que as próprias unidades do estados, que é o caso do Peri. Peri tá... Guanabara passa o Peri e a população do Peri é bem maior do que a do Guanabara.</p> <p>J- Mas a correlação que você quer fazer, a quantidade de consultas e a quantidade de exames que tá sendo solicitada?</p> <p>R- Quando você tava falando J, que... desse comportamento da Vila Espanhola, por ser um ambulatório de especialidades, o que significa?</p> <p>[Restante prestando atenção nos gráficos e não no diálogo]</p>		
	<p>J- Significa que eu tenho 12 médicos especialistas mais três equipes de saúde da família. Então, a quantidade de exames solicitados para diagnóstico é..., é maior do que talvez o número de pessoas solicitantes desses exames, bem maior do que em relação aos outros.</p>	
	<p>J- Tô aqui só... pensando, né, se também não é preocupante do ponto de vista de quanto exame que a gente não tá precisando fazer para elaborar um diagnóstico. Isso é uma coisa de reflexão mesmo</p>	
<p>L- Eu acho até assim, em termos de, foi em 2000, né?! Já tava estabilizado e mesmo assim eu acho um número alto de exames, que a gente tava solicitando. Apesar que eu tenho...</p> <p>[R interrompe a fala da L]</p> <p>R- Nós quem??? Quando você fala, L?</p>		
		<p>L- .Nós do Qualis. Eu acho que o problema foi, continua assim, os médicos solicitam muitos exames, que é um problema que deveria ser atacado.</p>

	Y-... Se você tem pediatria, você tem uma demanda, uma necessidade, se você atende mais mulheres ou clínica, também são fatores que na verdade ela tem característica um pouco diferente. Quando é a primeira consulta de um idoso, por exemplo, é uma batelada de exames que se pede, porque o paciente tá começando, até para caracterizar a situação de saúde, então o profissional acaba fazendo um check-up, que a gente nota na conduta dos profissionais...	
		V- Eu concordo com a Y que talvez fosse necessário esmiuçar mais em relação às consultas médicas, quais os tipos de consulta... porque se for levado em conta o número de profissionais e o número de médicos, então o Qualis tá pedindo muito exame porque a média tá dando mais de 100% em relação às unidades do Estado e...
	V- ...é importante ressaltar o que a Y tá dizendo, porque nós temos o médico generalista, talvez pelo tipo de consulta, realmente acaba subindo mais...	
	L- Eu acho assim que a outra coisa que justifica também que é assim: a gente trabalha com um protocolo e todos os casos de hipertensos, diabéticos, gestantes, todos passam por um protocolo onde se solicitam exames e isso também diferencia das unidades do Estado porque eles não trabalham com protocolo, eles trabalham com a queixa pontual.	
		J- É assim... eu fico pensando se até o ponto da gente ter um médico generalista própria foi capacitado até então, mas a gente sabe que houve uma quebra nessa capacitação e vários outros médicos novos se inseriram dentro do projeto, do programa. E... se esse, o pedir muito exame não tá caracterizado assim pela própria insegurança de se cercar e elaborar um diagnóstico de não se deixar perder, o famoso “pecar por excesso”, que a gente tem na avaliação da gente, a quantidade de exames que a gente pensou em interferir, que vêm com normalidade...
		L- Não foi formado generalista e acabou virando.
		J- É uma quantidade grande. Independente disso, a experiência da especialidade é que realmente há muito pedido de exame.
	V- E será que também pelo próprio perfil do médico do PSF, responsável por aquela área restrita, responsável por aquela população, ele não se sente assim mais... inseguro e solicita mais exames ao contrário dos médicos das unidades tradicionais, que de repente vai embora e aquele paciente vem e pode não voltar mais porque procura outro profissional...	

	N- As unidades do Estado... Eles não conhecem sua população, podem ser pontual, eles vêm, faz, têm o resultado, medica, o paciente vai embora e nunca mais.	
		N- Aqui não, eles conhecem o paciente, eles têm a sua população. Então também não justificaria tantos exames assim.
R- O que essa rotatividade, ela acaba interferindo?		
		V- Acaba interferindo, porque o médico que está iniciando ele vai começar a conhecer a população dele. Então tem o processo novamente, tem lá o prontuário, têm os exames dos outros médicos, então eu acredito que não é a mesma coisa, então ele acaba querendo conhecer aquela população dele novamente. Então ele pede novamente os exames para ele poder ter um controle de pacientes dele. Então eu acho que a rotatividade prejudica.

Gráfico 2- Inalações realizadas. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
<p>R- O que esse gráfico revela? Vocês já começaram a olhar o gráfico e riram. Riram por que?</p> <p>V- Eu quero fazer uma pergunta antes: essas inalações, elas foram analisadas num total de inalações, porque a gente também faz inalação para pacientes que não são da área adscrita.</p>		
	<p>Y- Exatamente porque a gente vê, não tá registrado aqui, a gente bate o olho, a gente dá risada porque, por exemplo, o Penteado ele tem um... ele é... tem uma demanda maior de inalações. Eu tenho um monte de PAS que são meus vizinhos. E também tem uma demanda do PAS que a gente acaba absorvendo e que não é a demanda caracterizada, a demanda interna da unidade... porque é uma região extremamente complicada...</p>	

<p>[V tenta seguir o assunto exemplificando sua unidade, mas Y continua seu pensamento]</p> <p>R- Que característica que tem o Peri?</p>		
	<p>Y- O Peri é uma região extremamente carente e é uma unidade que não consegue absorver sua comunidade e "volta e meia" ele procura todos os serviços do Estado, da Prefeitura, do Qualis inclusive para consultas médicas, então acaba... porque inalação não é uma inalação, a consulta é. Então ele volta, os retornos para fazer inalação e volta para unidade mais próxima que é o Peri. Por isso que a minha avaliação é mais ou menos por aí.</p>	
<p>[L bem compenetrada no gráfico 2; N "beliscando" e V fumando]</p> <p>R- Vocês concordam com o que a Y tá colocando?</p>		
	<p>L- Na realidade quando o médico solicita inalação geralmente não é uma inalação, são três vezes ao dia, duas vezes ao dia. Isso implica também na quantidade de inalação realizada. Na minha unidade, é uma região problemática em termos de infecção respiratória. Então, ela até se diferencia apesar de ser pequena, ela se diferencia dos grandes aqui. Ela passa o Espanhola, que é maior, tem especialidade, tudo, mas ela passa, justamente por isso. Porque ela tem uma área que é... os problemas de saúde dessa área é a infecção respiratória.</p>	
	<p>J- Eu queria até fazer... aqui, apesar da gente... o Espanhola, apesar de ter pneumologia, 3 equipes saúde da família, tem especialista, esse é o quintal do hospital Nova Cachoeirinha, eles aguardam fora do hospital porque tem demora e eles acabam vindo dentro da unidade</p>	
	<p>J- mas dentro da unidade a demanda interna de inalação é... nós usamos oxigênio e fica assim, bem criterioso a demanda interna. Havendo necessidade, a gente lógico... mas, não é uma demanda grande, diferente do que eu já tinha vivido em outras unidades...</p>	

	L- ... você falou do problema do hospital. O hospital, ele passa a inalação, mas ele só oferece a primeira inalação, o resto ele tem que tomar na unidade. E nós duas por estarmos “bem de boca” com o hospital isso também faz com que cresça o número de pessoas na unidade.	
[J e L discutiam amigavelmente (observe o tratamento: “Jú”), enquanto L expunha, J acrescentava suas frases concordando com a colega]		
	J- Mas assim, o que eu tava achando pela característica da unidade, por ter especialidade em pneumo eu poderia até estar ultrapassando algumas... até vocês, mas eu tô dizendo que verifico que a demanda nossa é pequena dentro da unidade, embora a gente tenha muito caso de problema respiratório sim, em crianças, embora eu tenha uma população infantil grande, mas assim, não existe uma... não tá muito ligada à consulta médica	
[Todas prestando muita atenção na discussão entre J e L, V parece querer manifestar algo...] R- Você N?!	V- A minha demanda de inalação mesmo antes de ser Qualis, quando um tinha um GO na minha unidade, a demanda de inalação já era uma demanda realmente grande e essa demanda continuou, mesmo com os pacientes da área, quanto os pacientes não da área.	
	N- Aqui com relação ao Ilza, de todas as considerações feitas desde que começou, que a minha população realmente não têm muitas crianças, que as infecções respiratórias são muito comuns na infância e nós não temos muitas crianças na área e aqui demonstra bem isso, que nós temos uma população... mais adultos. Com relação às unidades do Estado, o Peri realmente é uma área, que ele é assim: tem um número grande de crianças, que a gente observa quando nós nos reunimos mesmo com relação aos períodos de campanha, eles nunca conseguem dar conta do número grande... A Espanhola por ter a especialidade do pneumo, mas são só três equipes, e também é uma área grande, mas são bastante crianças, né?! Parece meio pequeno.	
[J e N beliscando. Agora todas analisando os gráficos]	V- ... não sei, só que nas nossas unidades, nós fazemos inalação das 7 às 7, que é o horário de funcionamento da unidade. Agora as unidades do Estado não há horário porque eu sei que eles têm pouquíssimos auxiliares de enfermagem, têm unidades que não têm nenhum enfermeiro, ou seja, o RH é muito reduzido. Agora eu acredito que o período também para o paciente seja um período muito delicado. E o Peri, acredito que fica aberto até às 19.	

	V- ... e as nossas até às 19. Então o que possibilita o paciente que tiver 2 inalações ou três, então ele procura nossas unidades por ter uma possibilidade de horário maior.	
	L- E a regularidade também do RH, né?! Em termos de médicos. Nós temos muito mais regularidade do que as próprias unidades de estado. Isso também influencia bastante.	
		Y- Na verdade assim eu acho que essa questão está mais vinculada à acessibilidade do que outro fator. A questão do horário...
	V- Talvez até o tipo de atendimento. Não vou dizer que nossos funcionários são maravilhosos, mas a gente procura pelo menos um atendimento mais acolhedor para esse paciente.	

Gráfico 3 - Coleta de escarro para baciloscopia. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
R- Vamos lá! O que chama atenção de vocês nesse gráfico? Hã... das baciloscopias? V- Que só nós realizamos baciloscopias [risos]. [Todas rindo muito e com expressão de espanto. V realiza anotações]		
R- O que revela para vocês esse gráfico? Por que vocês estão tão espantadas?		
	L- Que assim, a Unidade Básica de Saúde, ela tem como um dos programas o atendimento à TB. Na verdade quem faz o atendimento, o tratamento à TB é a Unidade Básica e de... nove unidades, somente três realizava...	
V- Mas se tá relacionado à consulta médica, a média aqui...não dá 100%! [Discussão entre J, V e L. N também entra] J- E você pode ver aqui... Casa Verde baixa, que é o... Valter Elias não tá aqui, né?! Adelaide Lopes, Palmeira? É zero, e lá tem pneumo. É referência do Estado para pneumo. Não tá, tá Casa Verde alta. [Enquanto J expunha, Y e L iam acrescentando e acompanhando o raciocínio. Gerou um pouco de bagunça, V queria começar a falar também] R- Um de cada vez!		

	V- Mas as unidades do Estado têm aquelas referências para o Programa de Tuberculose. São pouquíssimas unidades.	
	Y- Na verdade, eu acho o seguinte: primeiro, se a gente fosse analisar anterior à capacitação, na verdade, até os nossos profissionais... veja o sintomático respiratório, porque na verdade, algumas questões você tem que ser capacitado, discutido... porque passa despercebido mesmo. Porque a hora que tem aquela capacitação em vigilância epidemiológica têm especificamente a TB a coisa... se você levantar essa informação você percebe que realmente tem um acréscimo significativo. Em segundo lugar assim, não tem uma cultura no Estado, na verdade eles jogam muito para a questão da especialidade, apesar de falar sempre a questão do diagnóstico precoce, principalmente em TB, mas na verdade, na prática as coisas não ocorrem. O pessoal acaba referenciando: "Não, aqui eu não tenho controle de TB". Então o que acho que deu essa valorização em termos das baciloscopias, mesmo nas unidades do Qualis foi em função da capacitação que houve, porque aí incorpora na prática essa questão.	
[Enquanto Y fala, L aparenta querer expor algo de imediato, já que ficou com o dedo levantado alguns segundos] R- E agora, como é que vocês explicam esse... o comportamento do Penteadado e...o Espanhola e o Ilza? Um que é menor e outro maior?		
	J- Aqui o Espanhola ainda, que a Y... na fala da Y, ela disse que apesar do diagnóstico precoce, a busca do sintomático respiratório e tudo mais, deveria ser também uma atribuição da Unidade Básica, está muito ligada à especialidade. No Espanhola, a gente tem especialista de pneumo, então a gente acaba referenciando às unidades do estado, casos que já vêm praticamente diagnosticados, eles encaminham para o Espanhola e a gente acaba notificando, acaba... porque aqui não tem só o dado de saúde da família, tem o dado da especialidade junto. Então, às vezes vem com o diagnóstico praticamente pronto, vem com quadro clínico e a gente acaba notificando.	
	L- Eu discordo um pouco da Y, assim... eu só não sei o período que foi realizado no ano passado o TBVE. Em relação às unidades do Estado, porque todas elas passaram por treinamento de tuberculose. Então isso não justifica só, porque o Estado passou, logo depois o nosso.	
		Y- Eu queria saber que fora isso, assim... uma coisa é a capacitação do Qualis e nas outras demais unidades tradicionais. As pessoas, os profissionais não estão tão sensíveis em relação à capacitação, mesmo dando oportunidade, eu não sei que contingente deu uma resposta positiva em relação a isso, pela experiência que eu tenho com

		o Estado com o modelo tradicional. Na verdade laçar, era bem essa questão quando vinha o treinamento, uma capacitação, não sei que, a resposta positiva dos profissionais não era tão grande assim. Primeiro porque ele tem aquele horário, porque capacitação é aquela jornada, então quem vai é porque quer e porque realmente vai ficar. E na unidade, na verdade a prática não é essa, ele vem, atende o que tá agendado e depois eles acabam indo embora. Então, e essa sensibilidade não existe, na vontade de ser capacitado. Os profissionais do setor contrário. Eles brigam pela capacitação, a participação nunca é efetiva. É por isso que eu tô falando que a capacitação no meu entender ela tem um peso nesses resultados.
[Neuza realiza anotações do gráfico]		L- E outra coisa, fica claro que o vínculo que os médicos que o PSF têm em relação aos médicos da Unidade Básica, certo? Eles tentam um tratamento, se não tem uma melhora ele vai pesquisar, já na Unidade Básica, ele não tem...
		Y- Acho que o que você tá falando, o modelo permite que o profissional vá até a residência ver a condição de vida, então eu acho que realmente acho que realmente sensibiliza mais, porque ele associa não só a clínica, mas a realidade de vida das pessoas: condição, habitação, e tudo mais.

Gráfico 4- Coleta de Citologia oncológica. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
R- Eu vou colocar um outro dado para vocês que mostra uma situação um pouco diferente para ver se essas questões que vocês estão levantando mostram realmente elas têm fundamento para outros indicadores. [J recebe e ri bastante]. Muda bastante o quadro e aí eu queria que vocês explicassem por que isso tá acontecendo. Eu vou começar aqui desse lado agora, com N, com a V... [Apesar da moderadora tentar estimular a fala da N e da V, que expunham menos, as pessoas de sempre falavam mais...]		
	L- É um problema sério, porque na nossa realidade quem faz a citologia oncológica não é necessariamente o médico, as enfermeiras fazem bem mais do que os médicos. Para mim isso que tá aqui é... [risos] bem baixo em relação às consultas do médico.	
Li- ... as coletas de citologia oncológica da unidade. L- Isso que eu tô dizendo. Se você comparar a consulta versus citologia oncológica colhida pelo médico, pode ser que vá até lá embaixo, pode ser até que zere, entendeu? [risos].		

		<p>J- Esse é um nó muito grande, pelo menos na minha unidade porque uma vez que a gente trabalha na área adscrita, conhece as mulheres que freqüentam, tem a faixa etária que a gente poderia estar captando, que a gente tem verificado que as mesmas mulheres fazem coletas rotineiras, são as mesmas que andam vindo colher o mesmo papa que colheu alguns meses atrás. Qual é a estratégia que a gente não tá... qual é o problema que a gente não tá conseguindo aumentar essa cobertura... Então a gente não descobriu ainda qual é o problema, então a gente tá num processo de sensibilização do agente comunitário, a gente lançou um questionário na área que é vinculado à visita domiciliar, mas mesmo assim, estamos fazendo convocação daquelas mulheres que não vieram na coleta, mas mesmo assim estamos fazendo avaliação dessa... a gente não consegue sensibilizar, a gente não descobriu ainda uma estratégia de captação dessa mulher para fazer a consulta...</p>
	<p>V- Eu vejo na minha unidade sou crítica mesmo baixa cobertura de citologia oncótica que eu já tô discutindo com as equipes da unidade. Mas, nós temos que levar em conta que, uma das atribuições das unidades do Estado, basicamente é a coleta de papa. Nós temos que discutir com as enfermeiras e o nosso auxiliar, porque existem no Estado muitas unidades que já foram os auxiliares treinados para coleta de papa, porque antes da minha unidade ser Qualis eu já tinha auxiliar treinado. Na medida que houve a implantação isso não é uma justificativa, é um nó, mas é uma análise geral. Nós temos que... o médico não colhe, como a L já falou, então cabe a quem? Ao auxiliar e à enfermeira. Dentro das nossas atribuições do nosso auxiliar de equipe e da nossa enfermeira, o tempo nessa agenda para poder agendar e colher esse papa acaba sendo muito pequeno, acaba sendo um período por semana. Então, essa baixa cobertura também analisada dentro dessas atribuições que cabe ao grupo também pensar como aumentar essa cobertura. Mas, realmente a demanda é reprimida, o tempo para agenda é curto, acaba sendo um período por enfermeira, algumas agendam só oito porque não têm muita prática. Então, eu acredito que...</p>	
	<p>J- Engraçado eu não tenho demanda reprimida, inclusive eu tenho falta na agenda.</p>	
<p>[N anota o novo gráfico (4) enquanto J fala]</p>	<p>V- Não, eu tenho falta na agenda, mas isso não quer dizer que eu tenho demanda reprimida. É que demora o agendamento e elas acabam faltando.</p>	
		<p>Y- ... no Penteado, a cobertura não chegava a 20%, dava 19 e alguma coisa. Então é assim, a gente tem um cronograma de atividades e semanalmente têm enfermeiras de cada área com a agenda contada. Então por outro lado assim, você tinha uma baixa cobertura, você tinha uma agenda aberta cujo número de absenteísmo para coleta era mais do que</p>

		<p>50% e aí a gente tentou fazer uma avaliação e estabelecer uma nova estratégia, que para esse ano a gente tá pegando com mais seriedade. Mas de qualquer forma, o ano passado, no final do ano passado, novembro, dezembro, a gente experimentou essa nova estratégia. Campanha é uma coisa que funciona, principalmente no papa que a mulher esqueceu do dia, é um exame que na verdade ninguém gosta de fazer, a população de uma forma geral não gosta de fazer, coincide que aquela data adiantou ou atrasou e a menstruação... no dia da consulta ela tá realmente menstruada. Então, por todos esses fatores a gente resolveu fazer a campanha. A gente fez na área 14 em 4 momentos. A quantidade que a gente conseguiu... mas, aí mobilizamos a equipe. Chegamos a sentir que tinha 70 papas por dia. Então é uma estratégia... pessoa até de 60 anos, que nunca sequer tinha feito o exame ginecológico. Mas aí o agente comunitário ia até a residência, explicava e acabava sensibilizando a pessoa. Mesmo os idosos apareceram nesse momento. Então acho que é questão de estratégia porque o espaço a gente tem. Só que isso não tá tendo impacto nenhum.</p>
	<p>L- Eu acho que apesar da gente ter espaço na agenda, Y, se você comparar com as unidades do Estado, elas fazem de 3 a 4 vezes por semana o papanicolao, quando não 5 vezes da semana, todos os dias. Agora as nossas unidades não dá para fazer isso. Nós não temos agendamento de papanicolao. A gente tem um período durante a semana, na minha unidade são dois períodos.</p>	
<p>R- Eu queria perguntar para vocês com relação a esse e outros procedimentos, se eles têm de alguma forma auxiliado na finalização do atendimento, se eles têm garantido maior acesso ao diagnóstico, enfim, esses procedimentos estão garantindo... o que está sendo feito com eles? Qual é o objetivo deles?</p> <p>V- Eu não entendi!</p>		
<p>R- Qual o objetivo... desses procedimentos, têm auxiliado a finalização do diagnóstico pelos médicos, eles têm auxiliado, garantindo... eles têm de alguma forma... deixar transparente para população o diagnóstico, eles têm auxiliado não só com relação à consulta, mas têm voltado para a população e tem... esse diagnóstico têm auxiliado também nos casos de determinadas...</p> <p>[Li pede “permissão” para expor a questão de uma maneira mais clara]</p> <p>Li- Eu perguntaria assim para vocês como um conjunto de indicadores relacionados a procedimentos comuns que a gente faz nas unidades. Eu perguntaria assim: “isso é positivo ou é negativo? Para que?”</p>		

		J- Eu só queria fazer uma ressalva em relação ao papanicolao que é assim: a gente tem além de tudo isso um nó, que é a demora da volta do resultado do exame, entendeu? Isso é um nó para gente porque a credibilidade fica comprometida porque o paciente colhe exame, já tá quase na hora dele colher de novo... tem exame que desaparece!
		L- Isso não justifica, as unidades do Estado têm o mesmo sistema do que o nosso, J. Eu concordo com você que é um nó crítico, mas não dá para você falar que as unidades do Estado, que realiza muito mais do que nós, também tem esse nó crítico.
		J- Sim, mas o modelo assistencial que a gente presta L, a gente sempre garante algumas coisas com muito... maior rapidez do que as unidades do Estado ou por vias, né, por exemplo, apesar da nossa agenda estar super lotada a gente garante a entrada desse paciente, garante o acesso, quando você chega aqui você emperra como as outras
	Y- Com relação à coleta de citologia tudo isso faz parte: se você não corre, você não finaliza; diagnostica, mas não trata. Tudo isso você até poderia fazer mas não tem uma resolutividade, não dá acesso a outras questões.	

Gráfico 5 - Consulta de enfermeira. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
[Y, V e N rindo do gráfico: “Nem enfermeira tem!!”]	V- As unidades do estado nem enfermeira tem e as poucas que têm ficam presas ao administrativo	
<p>R- Então é por isso que vocês acham que diferenciam dessa forma? TODAS - Sim, sim, lógico!</p> <p>Li- Então eu acrescentaria assim: tudo bem o Qualis tem enfermeira. Na opinião de vocês isso modifica o trabalho da unidade? O que a incorporação desse profissional acrescenta ou não ao trabalho?</p>		
		J- Não só tem enfermeira, como ela tem um papel ativo dentro da equipe tem um novo, não é novo, ela é voltada de fato à assistência e não ligada muito à parte administrativa
	L- Eu acho que aqui tem uma... uma colocação a fazer, né?! Todo mundo sabe disso, que as nossas consultas de enfermagem, quando coloca naqueles boletins entra o acolhimento, então no próprio acolhimento diz: consulta de enfermagem barra atendimento. O Ramos aqui se destaca aqui de todos porque assim, todos os casos que entram no estado passam pelo acolhimento e o acolhimento é realizado pela enfermeira. Nem todas as unidades é assim.	
		Y- A minha não passa pelo acolhimento
		L- Por isso que eu quero justificar porque ele se diferencia. Que realmente tem uma outra visão. Quando uma unidade do Estado não tem uma enfermeira, não tem o acolhimento e uma unidade do Qualis tem. Isso diferencia bastante, eu acho que diferencia bastante as unidades do Qualis quanto ao atendimento das enfermeiras e isso não existe no Estado.
R- Por que no Qualis existe essa diferença entre as unidades?		
	J- Porque primeiro pelo quadro de pessoal, por exemplo aqui no Espanhola a gente tem 3 enfermeiras, no Ramos... bom...	
	V- É que por exemplo, a minha unidade aqui, ela tá mais baixa em relação à consulta de enfermeira, mas realmente o acolhimento da minha unidade é feito diferente do acolhimento do Ramos. Só vai para o acolhimento para atendimento de enfermeira aquele paciente que tiver queixa mesmo. Se for uma consulta para marcar, um resultado de exame, para ver se chegou ou não, vai para a recepção mesmo, ela que absorve a demanda, então a demanda na minha unidade só é absorvida mesmo pela enfermeira pelo fato da queixa e também no ano de 2000, apesar de que é de janeiro a julho.	
		L- A diferença é que cada unidade trabalha de forma diferente em relação ao acolhimento.

	V- Eu não lembro se foi o período de julho 2000, mas teve um documento que veio do COREN... não lembro se foi antes ou se foi depois, mas lembro que isso caiu bastante pelo menos na minha unidade, as enfermeiras ficavam muito inseguras e foi muito discutido, acabaram saindo do acolhimento, agora é que elas estão retornando que acabava retornando para o médico.	
		Y- Eu acho que sim, se você for comparar a unidade do Estado com o Qualis, a questão do profissional que não existe no Estado; segundo, mesmo que tenha em algumas unidades na verdade, não existe uma coisa nova, uma cultura e uma prática do enfermeiro assumir a questão da consulta, a questão assistencial, acho que é uma coisa bastante relevante. No Qualis houve um investimento, uma capacitação porque as pessoas se formaram nunca lidaram com esse tipo de atendimento, lógico que vai gerar uma insegurança, como aconteceu com os médicos quando se fala em generalista e na formação básica de pediatra, gineco, acho que a mesma coisa se repete quando se avalia nesse sentido.
	Y- Agora quando você compara as unidades do PSF, eu acho que a grande diferença é a questão na forma que é feito o atendimento, por exemplo, na minha unidade o acolhimento, a consulta de enfermagem é realizada de uma forma programática ou aquela referenciada pelo acolhimento realizado pelo auxiliar de enfermagem. O auxiliar de enfermagem tem um nível de resolutividade, dá conta do recado, orienta, tal e vai embora. Outra parte tem algumas situações como sintomas que a enfermeira pode intervir, agora se você tá com uma infecção que precisa de um antibiótico, de uma outra conduta, então ele vai do acolhimento vai para a enfermeira cujo médico porque precisa de uma intervenção médica mesmo.	
[V balança a cabeça concordando] R- Então pelo que você tá falando a enfermeira aqui é incorporada nessa assistência? TODAS Sim, com certeza! R- E isso é importante? TODAS Ééééé!!!! R- Por que? [Silêncio, ficaram sem palavras, sem conseguir expressar, mesmo sabendo da importância]		

		<p>Y- Na verdade é assim: a equipe ela é responsável por uma dada realidade e que ultrapassa inclusive aqui está para registrar a nossa queixa que na verdade a gente não tem capacidade de realmente assistir de uma forma que tivesse impacto 1.200 famílias que nós temos em cada equipe. É impossível realmente, mesmo que seja um processo a longo prazo, a gente já... é muito claro que não dá. Então assim fora a questão, mesmo sendo 1.000 famílias, a dimensão dos problemas de saúde... porque nós entendemos saúde como qualidade de vida, condições de vida. Na verdade assim, os problemas são muitos, se você não consegue fazer um planejamento das suas ações começando pelas suas prioridades, tanto é que a gente não envolve a questão da comunidade, da puericultura, gestante, tuberculose, doenças infecto-contagiosas de uma forma geral hipertensão e diabetes, uma questão de prioridade para você intervir e essa estratégia é extremamente importante porque hoje eu avalio quando você passa pelo corredor da unidade a característica da minha demanda é totalmente diferente há 2 anos atrás. [L e V balançam a cabeça concordando com a fala da colega]. Acho que todo mundo nota, o impacto na hora que você pega e controla os seus pacientes doentes crônico-degenerativos, hipertensos e diabéticos, na verdade eu não tenho aquela Quantidade de doentes descompensados, montão de gente em observação soro terapia, às vezes eu não precisava, às vezes eu tinha 5 pacientes acompanhados nessas condições. Hoje eu não tenho mais isso, então são estratégias que a gente foi adotando até para dar conta do recado, que ainda não estamos longe de dar conta, mas de qualquer forma se você não faz um planejamento onde você tem claro o seu diagnóstico da sua clientela, da sua comunidade e vai ver como é que a gente pode estar trabalhando essas questões para conseguir o controle efetivo da saúde. Estamos longe? Estamos, mas estamos no caminho!</p>
--	--	---

Gráfico 6 - Visita domiciliar. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
<p>Uééé... sumiu!! [Falavam sobre um dado de uma unidade que o gráfico não continha]</p>		
<p>R- O que você acha que aconteceu, N ? Faltou registro? Não foi feito?</p>		
<p>Li- Nem precisa perder tempo com isso, houve algum problema, eu sei. Foi o banco dado pelo núcleo...</p>		
<p>R- E aí aconteceu alguma coisa... que você vai ter que... Eu queria que vocês olhassem o que esses gráficos revelam também em relação à visita domiciliar?</p>		
	<p>L- Eu acho que tem 2 coisas: o Estado não faz visita domiciliar para paciente dentro da rotina deles, o que eles fazem, essas visitas domiciliares são voltadas para vigilância epidemiológica. Nós não fazemos somente vigilância epidemiológica, isso que diferencia bastante o Qualis do Estado, nós fazemos dos casos da nossa unidade que necessitam de uma atenção maior. Nós temos a visita de RN, acamados, isso aí é um dado que realmente se diferencia do Estado.</p>	
<p>[A cada gráfico “trocado”, enquanto uma expunha, as demais participantes analisavam-no muito concentradas] R- Isso que você tá falando L, da... que se diferencia, então eu queria perguntar para vocês qual a função dessa visita domiciliar na organização dos serviços. Ela é importante? E por que?</p>		
	<p>L- É Tão importante que ela faz parte do planejamento da equipe. Existe um período de todas as equipes, tanto dos médicos quanto da enfermeira, da auxiliar de enfermagem de realizar essas visitas domiciliares. É uma complementação do diagnóstico médico, vamos dizer assim, mas complementa o dados de consulta, de intervenções da própria equipe</p>	
<p>L- Só queria saber uma coisa Li: isso é em relação somente... quando você pegou os dados visitas domiciliares, você pegou de todos os profissionais? Mas de todos os médicos e enfermeiras? Li- Não estão incluídos aí os dados dos agente comunitários. Tudo que constava de visita excluindo os agentes comunitários. Agora, eu queria perguntar para vocês: “Para que serve a visita?”</p>		
		<p>J- Acho que além da assistência, que é prestar assistência aquele indivíduo que está acamado, então existe a parte da prevenção que é captar aquela criança ou aquele recém-nascido para a unidade de saúde, garantir àquela puérpera e também a promoção de saúde. Se você não conhecer a realidade...</p>
		<p>L- Eu acho que você tem que ter o olhar da casa onde a família reside, porque aquela casa, aquele ambiente onde a família reside pode influenciar muito na problemática, seja até no diagnóstico médico, muitas vezes isso influencia.</p>

[L concorda] R- Vocês disseram o seguinte, a importância do diagnóstico no tratamento? E com relação ao vínculo? Por que?		V- Não só no diagnóstico como no próprio tratamento.
		J- Acho que a presença da equipe dentro da residência é... acho que fortalece, não só fortalece, como cria o vínculo de estar sentindo o que essa família pode contar com a equipe, a responsabilização dessa equipe com essa família. Então, não só cria como fortalece.
	L- Eu acho que esse é um fator muito importante. Porque assim: o médico vai na casa dele, a enfermeira vai na casa dele. Então, cria uma proximidade muito grande. Ele se sente muito importante com essa visita, ele se sente deslumbrado!	
		Y- E esse vínculo, acho extremamente importante na adesão das condições terapêuticas. Na hora que você confia naquele profissional, tem aquela adesão, sem dúvida ela reflete muito mais na resolutividade final do processo. Se bem que assim, ainda eu acho, pelo menos na minha unidade, ela está muito vinculada à questão do acamado por conta da questão de que você tem o serviço e por conta de uma série de responsabilidades outras.
		Y- Na verdade, a gente não consegue sair muito da questão do acamado, intervir, porque aquele paciente não consegue chegar na unidade. Então, a equipe, desde o médico até a enfermeira, vai até a residência e que só isso que a gente quer.
L- Agora se vocês olharem aqui, é um dado que a gente tem que para e refletir um pouco. A unidade que tem menos equipe é que mais realiza visita domiciliar.		
	J- Auxiliar de enfermagem! Muito ligada à auxiliar de enfermagem. porque o que eu sei do ponto de vista médico e de enfermagem, porque a gente não faz tanta visita, mas está muito ligada à auxiliar de enfermagem.	
		V- Que é o auxiliar exclusivo da equipe. Que o Espanhola tem uma característica que auxiliar de equipe só realiza atribuições da equipe, enquanto que nas outras unidades, os nossos auxiliares é da equipe de ambulatório. Então, ele tem, pelo menos na minha unidade, só tem um período de visita, um período de 4 horas.
		Y- Eu não podia do auxiliar fazendo VD ou outras atividades grupais da equipe, por conta que eu preciso garantir a estrutura interna para das resposta a todas as equipes. Então, a gente acabou priorizando que auxiliar de enfermagem só realizava atividade interna, a não ser em caso de vigilância que o auxiliar tem que sair, então também tem a questão do quadro do auxiliar que cada unidade tem e acaba interferindo nesses resultados.

Gráfico 7 - Trabalho de grupo. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
R- O que esses dados revelam para vocês? Por que essa diferença entre uma unidade e outra? [Todas ainda observando o gráfico sem responderem]		
	J- Acho que os grupos estão mais vinculados às atividades das enfermeiras	
V- Que unidade é essa? Do Paulistano?AAAhhh, o Progresso..., que é a unidade que tem medicina alternativa, acupuntura.		
R- E dentro das unidades do Qualis, por que essa diferença?		
	Y- O Ramos tem um espaço físico muito grande [risos]	
	L- Vou deixar vocês falarem [gargalhadas]. Nós precisamos criar alternativas de grupo para poder até atender toda a demanda. Então nós criamos vários grupos: alguns ligados à consulta médica, outros não ligados à consulta médica. Então hoje eu tenho todos os dias da semana, os 2 períodos, grupos, né?! Porque eu tenho uma sala somente de grupos, é uma sala ampla que cabem 200, 300 pessoas. A única alternativa que a gente teve para poder alcançar e pegar toda a população foi realizar vários grupos na unidade.	
R- Mas que objetivo é esse? Quer dizer, que objetivo é esse que o grupo pode ajudar a atingir?		
	L- Ah, ele pode atingir várias coisas: tirar da consulta médica, tirar da consulta de enfermagem, trabalho educativo, trabalho de prevenção, nós temos terapia ocupacional, que são as oficinas, nós temos futebol. Nós temos várias atividades de grupo que assim, como a gente não dá conta em função do espaço, a gente teria que levar essas alternativas para atingir nossos objetivos. Em relação até... assim, a gente começar a fazer os protocolos, junto com os grupos para gente poder tirar, poder atingir a população daquele indicador de saúde: ou era hipertenso, diabético. Agora, a gente precisa criar alternativa para isso.	
		V- Já na minha unidade trabalho um grupo que já tá dificultado até pela própria característica da população, a gente até tá trabalhando um planejamento que até uma baixa sensibilização nesse tipo de trabalho.
		V- Eles faltam muito e essas faltas acabam refletindo desânimo na própria equipe. Então, a gente tá refletindo em cima disso: é a população que não participa ou somos nós que não estamos conseguindo sensibilizar essa população? Então a gente já tá partindo para outra discussão d diminuição da sensibilização, trabalhando o controle de saúde porque isso acaba influenciando na queda desses grupos, que as equipes acabam querendo tanto o trabalho em grupo.

<p>[Neuza não expõe muito] R- E essas experiências que tem ocorrido nas unidades alguma forma tem sido positiva ou não e de que forma elas têm contribuído para pensar no modelo de organização?</p>		
		<p>Y- Na verdade a demanda que influenciou em termos de atendimento é muito grande. Então, nosso agendamento fica estourado. Então, a gente optou como estratégia, até por diferenças no Espanhola no último trabalho em relação à puericultura que a gente adotou na unidade que deu muito certo. Na verdade assim, todo o acompanhamento das crianças menores de 1 ano, a gente não tem espaço para consultas médicas na agenda. Então eu já livre o contingente de vagas e disponibilizei para outras pessoas. Por que? Todas as crianças dessa faixa etária participam do grupo num primeiro momento e depois as crianças que têm alguma intercorrência, ela passa ou pela consulta de enfermagem ou médica. Então o nível de absenteísmo também diminui, praticamente porque ela tá vinculada, na verdade a gente quer vincular alguma coisa porque senão o nível de absenteísmo é muito grande.</p>
		<p>L- Tem que ter alguma resolutividade o grupo. Se o grupo não tiver resolutividade, não tem adesão. O paciente não precisa passar num consulta médica para trocar a receita médica. No próprio grupo isso pode ser feito.</p>
<p>R- Agora entre os usuários, o que vocês verificam? É positivo essa troca de experiência entre eles?</p>		
		<p>L-... Num primeiro momento, o grupo foi para sanar alguns problemas de organização da unidade, foi para tirar da consulta médica, então assim não dá para gente poder trabalhar. Pelo menos é uma discussão que a gente vem tendo lá há uns 6 meses na minha unidade. Porque assim o grupo não pode ser só de informação, ele tem que ter a troca entre os membros do grupo. Hoje nós estamos fazendo isso, mas neste gráfico não dá para gente analisar dessa forma. O grupo foi mais criado para gente sanar problemas de estrutura da comunidade. Hoje não, hoje realmente a gente tá refletindo. Os próprios membros do grupo estão se colocando, tão fazendo troca de experiência.</p>
<p>[Y olhando pela janela; J apóia a cabeça sobre os braços... ar de cansaço (12:35)]</p>	<p>J- Mesmo porque a gente ganhou técnica. Quando a gente formou grupo, num 1º momento a gente procura que... os integrantes do grupo possam se sentir enquanto grupo, até cúmplice em suas falhas. Hoje a gente tem, principalmente a gente não tinha adesão de diabético, a gente começou a fazer um trabalho nesse sentido de que eles possam estar se identificando como grupo. E hoje esse trabalho tá indo para o ambulatório porque a gente não consegue mais absorver a quantidade de obeso [risos] que tá indo para o meu... para o ambulatório. Então a gente resolveu que vão criar um grupo de obesidade dentro do ambulatório. Porque não dá mais...</p>	

		L- Mas eu acho interessante isso. A gente sabe que grupo é para mudar valores, hábitos e não só informativo e, num 1º momento a gente montou para ser informativo, agora que a gente trabalha mais em termos de mudança.
		N- Lá na unidade é baixa assim porque grupos ligados a hipertensos, diabéticos, a gente não sabe qual metodologia vai utilizar porque a gente utilizou todas as possíveis, mais dia menos dia e não consegue adesão. Mas quando é um grupo mais lúdico: de ginástica, caminhada, de um passeio, de alfabetização, de alguma oficina, aí tem e nem sempre são realizados pelos médicos. Fica mais a cargo das enfermeiras e dos próprios agentes comunitários.

Gráfico 8 - Consulta médica em Saúde da mulher. (trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
R- Esse agora é indicador para consulta médica em saúde da mulher, em relação à consulta médica em maiores de 15 anos. [Burburinho a respeito da falta de registro no gráfico da J] R- Por que essa diferença tão grande do Estado com as unidades do Qualis?		
	Y- Porque tem todo um instrumento certinho, específico da coleta...	
	V- Aquele impresso do Estado,, não é como o nosso. Os nossos devem ter jogado tudo para outros programas, os códigos, 99 deve estar assim.	
	J- Eu acho que é isso mesmo. Eu acho que não tá sendo o código correto. [Burburinho	

Gráfico 9 - Consulta médica em Hipertensão. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
R- ...O que acontece aí? Por que as diferenças?		
	V- ...eu realmente tenho uma quantidade grande de hipertensos. Realmente eu tenho muita consulta e pouco grupo. Porque nós só tentamos o grupo de hipertensos e não conseguimos e voltou para a consulta médica. Então é meu problema de grupo na verdade.	
[Neuza anota o gráfico]	J- Hoje eu tenho na minha área 1.200 hipertensos cadastrados e dessa quantidade de hipertensos, 500 são de uma área só, são 300 de uma lado e 300 de outro e para absorver esses hipertensos a gente tem feito o atendimento em grupo. Então, a gente tem a consulta, não é mais o atendimento em grupo e o controle. Primeiro a gente teve uma fase inicial de estar atendendo esses indivíduos e classificando. Hoje praticamente todo o atendimento da minha unidade é feito em grupo.	
	V- O meu não! Só uma equipe que faz em grupo. As outras ainda estão com atendimento individual, seja trimestral, mensal...	
R- Vocês têm idéia por que diferencia com relação ao estado dessa forma? Seria até interessante voltar ao gráfico anterior, que é o oposto		
	L- É o oposto mesmo! A gente trabalha mais com programa, o Estado não trabalha, né gente?! Eu acho que é isso.	
V- Mas comparando com o gráfico de saúde da mulher...		
	L- Eu acho que da saúde da mulher a gente tá errando na notificação, no registro. Eu acho que o entendimento tem que ser revisto.	
	V- Mas veja bem, aqui é consulta médica e muito da saúde da mulher vai para as enfermeiras e os hipertensos não. Ele fica com o médico. Eu não acredito que seja mesmo erro de código não.	
	J- Tanto é que quem faz o exame de citologia nas mulheres são as enfermeiras.	
	L- Pensando nisso eu lembrei de uma coisa: na minha unidade é uma vez só por semana que o médico atende a saúde da mulher, a ginecologia. O problema do agendamento é um dia específico, no Estado não, é aberto todos os dias. Ela lembrou bem.	

Gráfico 10 - Consulta médica no Pré-natal. (Trechos do grupo focal Qualis)

1- Entrando em contato com o gráfico	2- Buscando explicações	3- Avaliando
L- Aquele famoso gráfico assim: pré-natal, qual é a porcentagem que começa no 1º trimestre, certo		
L- Mas em dado, Li, você comparando com o SIAB te dá mais? Porque nem sempre o médico quando coloca o código no SIA ele te coloca 1º semestre, 2º semestre, 3º semestre, que é o 27, 58 que ela tava falando. A gente precisa de uma estratégia para que ele colocasse lá porque para gente transcrever para o SIA é difícil, que eles não colocam.		
R- Agora com relação às unidades do Qualis, parece que têm algumas... o que aconteceu aí?		
	Y- O que aconteceu é o seguinte: o instrumento que a Li pegou na verdade foi o BPA e no BPA realmente existe essa falha. Se ela pegasse o SIAB, com certeza não seria esse resultado.	
R- E com relação às unidades do Estado?		
	L- Elas têm uma planilha específica que detectam esses três trimestres? Nós não tínhamos essa planilha específica. Nós precisamos adequar na nossa planilha. Então, alguns dados se perderam em função disso, entendeu?!	
Li- Vou só falar o seguinte, pessoal. Vou pegar o Vila Ramos, tá dizendo assim... tudo bem que tem problema de registro, mas acredita que não tá longe da realidade da unidade. O que tá colocado aqui em relação ao Vila Ramos, aproximadamente começa o pré-natal... aproximadamente 45% das gestantes. A gente pode falar que é captação precoce do pré-natal?		
	Todas- Não!!!!	
Li- Acho que é essa discussão que eu queria que vocês fizessem. Tem ou não tem captação precoce? Todo o instrumento que se tem do Qualis merece captação precoce. Acho que é isso que tem que ser colocado.		
	V-L- Mas pelo SIAB é maior.	
		J- Pelo SIAB a gente consegue identificar qual a microárea que não tende à captação precoce. Eu sei hoje na minha unidade qual a microárea, não é tão baixa, mas não é a desejável. O ideal seria que se aumentasse, captasse 100%, a gente não tem na unidade toda a captação de gestante do 1º trimestre em março de 2001 é em torno de 85% e até complicado porque se você trabalha numa área controlada adscrita, a gente sabe quais as microáreas que não captam.

A pergunta final: Vocês já foram gerentes em outras unidades também do estado. eu queria saber qual a mudança, qual a diferença em termos da organização do trabalho, finalidade do trabalho e na própria gestão da unidade do estado e do Qualis? É a última questão.

Iniciando as falas	dificuldades	o que muda	o antes
R- Alguém quer falar? Começar?			
Li- O que muda, pessoal?			
Todas-Tudo! Tudo!			
R- O que? Para melhor? Para pior?			
		L- Até a visão...	
J- Nem me fale em visão... visão, missão.			
		V- Eu inclusive era diretora da mesma unidade, né?! Então realmente a mudança é... não vamos falar em 100%, mas 80%...	
	V- ...porque com todas as dificuldades que nós temos...		
		V-...a gente consegue dar uma resposta ao paciente, a gente consegue Ter o vínculo... muda tudo! É realmente uma outra gestão, o trabalho... ele é feito com um planejamento. Pode ser que esse planejamento ainda não está perto do ideal, mas as ações são planejadas, as ações são avaliadas, acha que tá errado, volta-se tudo.	
			V- Então, coisa que antigamente não existia, cumpria-se aquele programa, aquele pacote estabelecido e sem avaliação do serviço.
		V- Então realmente é uma mudança da “água para o vinho”, completamente diferente daquilo que se fazia, entendeu?!	
	V- A gente tem muitos obstáculos, muitas barreiras, mas pelo menos a gente sabe que a gente tá seguindo um caminho. Você vê que tem caminho, que tá cheio de barreiras, mas que no final você enxerga que tem um objetivo...		

			V- Acho que a palavra é objetivo, que no outro modelo, outro programa você era mais um cumpridor de tarefas, né?!
		V- Do que aquele trabalho com sensibilidade, com planejamento e com a vontade de cada dia melhorar mais e cada dia conseguir o melhor para a comunidade.	
R- Vocês concordam?			
Y- Na verdade o que eu concludo é assim: em primeiro lugar, independente de qualquer modelo assistencial, ela requer condições operacionais.			
			Y- Então, no modelo tradicional... apesar que assim, minha unidade tava sucateada, poucos momentos que a gente tinha condições mínimas operacionais, tá?!
		Y- Eu acho que começa aí a situação em termos operacionais, a minha condição, minha experiência enquanto tradicional e PSF, são coisas totalmente diferentes. Hoje eu tenho uma estrutura para que eu possa viabilizar este modelo assistencial em cima de um planejamento fazer diagnóstico da realidade local, das equipes que estão discutindo e elaborando em termos de planejamento, tá?! O fato de você Ter uma população adscrita é um fator extremamente importante para gerenciar.	
			Y- Porque assim, no modelo tradicional você pingava e não tinha nem como acompanhar o impacto da atuação.

		<p>Y- Neste modelo, não! Desde o cliente eu sei quem são os hipertensos, eu sei quem são os diabéticos, eu sei quem são as gestantes. Aliás, as gestantes estão indo para o hospital, quer dizer, antecede, durante o processo gestacional, eu tenho a garantia, a minha gestante visita aquele hospital para manter aquele pacto na hora do parto, fazer aquela visita prévia, retorno, no dia do parto ela vai preparada, sabendo como vai ser atendida, sei quando ela vai sair, então toda uma estrutura faz uma grande diferença. A condição operacional em termos de computador, isso nos facilita muito, na hora que...</p>	
	<p>Y-...tá certo que assim, eu tenho outros problemas, não cheguei ainda à discussão mais aprofundada da produção do impacto na nossa administração por que? Na verdade você vai... é um processo mesmo de construção e você têm as prioridades.</p>		
	<p>Y- Tenho trabalhado na equipe uma quinta super legal, super importante, mas nós também não temos essa cultura, essa prática. Tenho trabalhado na equipe uma quinta super legal, super importante, mas nós também não temos essa cultura, essa prática. Todo mundo concorda que trabalhar em equipe é coisa fantástica e maravilhosa... é! Só que o trabalhar é uma coisa extremamente complicada. Então, a gente precisa de um experiência, de uma vivência, de uma conduta, onde você bota tudo no espaço. O gerente tem que Ter a sensibilidade de priorizar, de desatar os nós dos conflitos. Não é fácil, não sei se vocês passam, mas eu passo no mínimo 60% do meu tempo que eu fico na unidade gerenciando conflito. É conflito administrado de conflito: conflito da equipe, conflito da população, que também é uma coisa nova, chegava ao ponto assim, processo de inicial implantação, paciente</p>		

	<p>vinha assim, ele não tinha acesso, prioridade. Aí, abrimos as portas só que ele vinha com a história assim, que para atender uma criança tinha que ser o pediatra, para fazer o exame ginecológico, tinha que ser um gineco e assim por diante, senão ele falava: “não, não quero! Tem que ser um ginecologista, tem que ser um pediatra”. Então naquele primeiro momento, a gente teve que fazer um trabalho junto com a comunidade, junto com a equipe para que essa... esse conflito fosse minimizado. Outra coisa que envolve essa questão assim, a equipe nos permite não só avaliar e fazer seu planejamento, mas ele tem... para capacitação é fundamental uma questão, aliás, antecede pela experiência que ele tinha pelo tradicional, ele vive de uma cultura de que era especialista ou Ter uma experiência em determinados locais. Se não fosse a garantia que foi dada por esses profissionais, principalmente num primeiro momento de ser capacitado, eu acho que não tinha nascido.</p>		
<p>Y- Então, assim, estrategicamente eu coloco como coisas fundamentais a gente ter a coordenação, a própria fundação, investir na capacitação desses profissionais, mesmo que isto esteja gerando no próprio conflito. E as pessoas precisam investir constantemente na qualidade do modelo de assistência, não dá para você fazer uma coisa sem essa condição.</p>			
	<p>Y- E a gente tá tendo dificuldades hoje porque na verdade a gente não conseguiu romper essa questão da capacitação.</p>		
		<p>L- Eu acho assim: a visão mudou e isso assim, todos têm que Ter a mesma visão. Problema de horário é uma coisa importantíssima, certo?! Nós todos fazemos a mesma carga horária.</p>	
			<p>L- Diferencia muito em relação ao pessoal do estado.</p>

		L- Outro problema que é muito e a gente faz o planejamento em cima dos indicadores que nós temos, certo?! Se trabalham em cima de um planejamento, o que tá precisando a população em cima dos diagnósticos, em cima dos indicadores. Uma outra coisa que é assim: o tratamento aos profissionais é igual...	
			L- ...não existe a diferença que existe no estado. um médico pode sair e trabalhar só 2 horas, o auxiliar de serviço não [risos] e isso modifica muito... modifica mesmo.
L- E todos estão ali no mesmo projeto. Apesar assim, de que o trabalho em equipe, como a Y falou, não é uma coisa só do Qualis. Na verdade, quando você trabalha em saúde pública, você tem que visar o trabalho em equipe...			
			L- ...do que nas unidades do estado porque não tem equipe, não tem uma carga horária compatível e não dá para fazer um trabalho em conjunto, faz um trabalho totalmente isolado. Eu acho que isso diferencia muito o modelo atual do PSF e do tradicional.
		J- Eu acho que só para complementar que o lance desse modelo, além das questões que a Y e a L falaram, que assim, a gente trabalha hoje com profissional com um perfil, então eu acho que nada disso seria garantido se a gente não tivesse um perfil de profissional que tivesse responsabilidade e capacidade de formar um vínculo e principalmente a responsabilização por aquilo que vai desempenhar senão não ia adiantar absolutamente nada. E uma coisa que... mudança para mim...	
			J-...que todas as outras unidades como gerente, a gente seguiu sim o pacote pronto de cima para baixo.
		J- Hoje a gente tem a oportunidade de ou trabalhado epidemiologicamente, ou planejar de acordo com nossa realidade.	

		Então, para mim, é assim, gente trabalha em cima da nossa realidade. A gente tem hipertenso, a gente tem diabético, a gente tem gestante. Todos outros problemas que a gente lida, mas assim trabalha com a realidade e a gente não tem ficado só no problema saúde enquanto doença. A gente tem alojado outros setores, interpretando saúde como na sua definição mais ampla. Então a gente tem procurado, tem olhado pelo menos mudanças de risco social, trabalhar com parcerias, com intersectorialidade, que assim modifica muito.	
	J- E como a gente nunca trabalhou antes isso é um processo mesmo de aprendizado e a gente tem aprendido na prática e sem esse perfil acho que não dá.		
R- Uma coisinha só... se a N ou a V querem complementar alguma coisa... para depois a gente passar para vocês.			
		V- Eu acho que ela já falou tudo e uma coisa que ela tava falando, do perfil que eu achei importante que ela colocou é o respeito ao paciente, né?! Eu acho que respeitar o paciente é uma das características mais importantes, tipo assim: “Ah, esse cara não tem nada, ele veio aqui me encher”. Se ele foi lá é porque ele tem alguma coisa. Então o respeito ao paciente também, acho que é uma característica muito importante, dentro do nosso programa muito importante.	
	Y- Só para terminar eu queria colocar uma coisa porque nós temos um termo nesse modelo, porque na verdade assim, a gente sente até impotente com tanta demanda de serviço para o gerente. É tanto processo que, muitas vezes, a gente não consegue nem avaliar... só ao final do ano a gente fala: “Poxa vida, tem alguma coisa errada		

	<p>aqui". Quando você realmente debruça na questão dos dados, né?! Por que? Porque a demanda... e a gente trabalha em cima de prioridades em Termos de conflito e ainda a gente dedica a maior parte do nosso tempo minimizando essa questão. E a gente não tem nesse modelo alguém que dê uma assessoria para gente. O chefe administrativo que nós tínhamos no estado. então, tem toda uma parte de gerência de RH, toda a parte administrativa que é muito pesada. Fora isso, nós temos dois padrões nesse processo de parceria. Então, a gente tem que dar conta de responder às necessidades geradas pelo núcleo, porque o estado... tudo o que uma Unidade Básica de Saúde do estado faz nós também temos que dar conta. Além disso, nós temos que reportar também em relação à Fundação Zerbini. Então existe uma carga muito pesada de demanda que a gente não tem como desvencilhar porque senão a gente acaba sendo cobrada e porque a gente não tem oficial administrativo para poder tocar porque é diferente e a gente delega responsabilidade, mas não é a mesma coisa. Vê que não tem uma pessoa não incorpora que, sei lá eu vou responsabilizar pela parte administrativa. A gente até tem pessoas-chave, mas não nos deixa tranquilos, tanto é que a gente revisa tudo, revisa tudo e aí acaba passando algumas coisas. E aí, eu acho que esse elemento acaba sendo importante pela valorização que a gente gostaria de estar dando para o nosso conhecimento técnico.</p>		
<p>R- Acho que a gente finaliza aqui. Nós já até passamos do nosso horário!</p>			

Quem já utiliza o PSF	Quem ainda não utiliza o PSF
N- Eles já estão acostumados a procurar pelo nome o seu médico, mesmo assim, aqui nesse último ano, nós tivemos uma rotatividade grande de médicos, que nós não estávamos acostumados, na realidade seriam só dois antigos, do início e três novos, mas mesmo novos a população os procura pelo nome, já sabe o nome e não fazem qualquer questionamento sobre um pediatra ou um GO, alguma especialidade.	
	N- Os que não passaram, que nós temos vários, que estão começando a aceitar o cadastro agora, que são pessoas que tinham anteriormente um convênio, agora não tem mais, Quando ligam geralmente, ligam, querem a informação por telefone, explicam que foram cadastrados agora, ou então que já eram e deixaram para usar quando necessitassem, contariam para passar pelo pediatra, pelo GO, alguma coisa e a gente explica e eles vêm.
V- Eu acho que tanto o médico, quanto a Enfermeira [LUZIA... tenta falar, mas Valéria continua] mas aquele problema do início que nas reuniões a gente esgotava bem esse assunto que é a consulta com a Enfermeira.	
Y- Eles até procuram, se bobear eles até procuram mais.	
N- Alguma coisa que a gente vê também, é assim, são poucos os casos, mas quando eles são encaminhados para uma especialidade, é ... eles estão acostumados assim ... “O Sr. Mesmo não pode fazer alguma coisa?” Porque já estão vinculados, porque o Sr. não pode dar um outro remédio, não, aí explica que chegou no limite que ele necessita de um auxílio a mais do que ele pode oferecer aqui.	

A segunda pergunta - A inserção da enfermeira na assistência

Consequências positivas	Consequências negativas	O processo	Momento atual	Novos desdobramentos
J- ...eu acho que o papel dela acabou ficando voltado muito para assistência, né?! E o que está faltando, o que você percebe, ela sobrecarregada na agenda, no acolhimento e faltando aquela supervisão que ela deveria estar dando para sua equipe,				

<p>porque afinal, a equipe está com os agentes comunitários e ela tem também que estar garantindo a promoção à saúde e estar supervisionando as ações de saúde junto com os outros componentes da equipe, essa parte ela acaba ficando a desejar. Ela acaba ficando muito ligada ao consultório,</p>				
			<p>J-...se bem que agora existe um movimento, já tirando um tanto a Enfermeira da assistência e já voltando para essa parte de supervisão da equipe em relação às ações de promoção, prevenção e supervisão da equipe.</p>	
<p>L- Eu concordo plenamente, eu acho que o negativo realmente foi o afastamento em termos da supervisão dos agentes comunitários. Em função da demanda das consultas, do acolhimento.</p>				
			<p>L-...Hoje eu posso até dizer que pela minha Unidade que a gente passou por um processo de reformulação total, o Quanto nós avançamos nisso e hoje, assim,</p>	
		<p>L-...a gente está fazendo um outro processo e a gente</p>		

		vê o quanto que a gente se afastou do agente comunitário em função disso, que geram os outros problemas, nós em termos da Enfermeira		
			L-...hoje elas estão questionando realmente essa postura delas, de se afastar dos agentes e ficar só na assistência, né!?	
L-...Então realmente isso foi o ponto negativo.				
	L-...Agora em termos de positivo foi muito bom o vínculo que ela criou com a comunidade, a resolutividade que ela deu aos casos, eu acho que isso, não podemos negar, de como resolveu mesmo a consulta da Enfermagem e não sendo a porta de entrada o médico.			
		Y- Na verdade é assim, eu concordo com a colocação, exatamente isso que eu vejo, que me angustiava, né?! Mas não vejo como um processo negativo, eu acho assim.. tinha que ser dessa forma, primeiro: porque a Enfermeira vinha de uma história onde ela não tinha nenhum preparo a nível de assistência e que culturalmente, realmente ela ficava mais na supervisão em		

		outras atividades. Então era um processo que tinha que ser vivenciado...		
	Y-...porque senão ela não teria a segurança que ela tem hoje, a resolutividade que ela tem hoje.			
		Y-...Eu tive que trabalhar muito, até a minha ansiedade, minha angústia, porque falei “Meu Deus do céu não é isso que a gente quer”, mas a gente teve que segurar as nossas ansiedades, porque realmente tinha que passar por esse processo...		
			Y-...Tanto é que, hoje nós fazemos uma reavaliação desse processo e realmente a gente está tentando caminhar em busca dos nossos eixos. Acho que todas as Unidades estão fazendo essa discussão...	
	Y-...Então eu valorizei essa questão da consulta de Enfermagem até por questão de credibilidade e aceitabilidade perante a população e perante a própria equipe...			
		Y-...que não foi um processo fácil não, eu acho que foi muito... ahh ...peitaram a questão, né?!		

	Y-...Eu acho que elas foram muito valentes no processo...			
			Y-...agora estamos redirecionando...	
				Y-...acho que ela tem que trabalhar mais extra muro, na comunidade, buscar os espaços lá fora, porque isso vai diminuir também a demanda que temos no serviço ainda
			Y-...hoje, então hoje acho que elas têm mais claro, do potencial e atuação que elas podem ter...	
	Y-...Então o único senão é que eu não vejo isso como um ponto negativo...			
		Y-...eu acho que tinha que ser um processo por aí, porque senão hoje mesmo a gente colocando para outras atividades supervisão, não sei o que, você vai fazer supervisão do que? De uma coisa que você não entende? Que não tenha segurança? Não tem credibilidade?		
				Y-...Agora é retomar o caminho que realmente a gente acha enquanto PSF mesmo.
			V- Eu concordo com a Y e eu percebi nessa semana que nós estamos trabalhando com planejamento, que	

			elas estão preocupadas com isso, então no próprio planejamento já estão entrando todas aquelas ações, né?!	
		V-...Por um determinado tempo, eu acho que foi dentro do processo que aconteceu mesmo e elas cresceram muito porque as quatro Enfermeiras minhas são as mesmas desde o início e...		
	V-...a gente vê o quanto elas cresceram, o quanto isso deixou elas mais fortes...			
			V-...então elas estão agora preocupadas em retomar a parte de supervisão dos agentes comunitários, que realmente acabou ficando, aos poucos elas estão ... por partes, o contato com a comunidade, das EBs, dos próprios grupos...	
		V-...então eu também vejo como a Y, né, que acaba não sendo um processo mesmo negativo, porém um processo que aconteceu, desde o início foi importante, porque isso também fez com que elas crescessem, com que elas amadurecessem, tinha Enfermeiras muito novas,		

		recém-formadas, então a gente percebe que ... eu não vejo que aconteceu tudo isso de uma maneira negativa, mas sim que era dessa maneira mesmo que tinha que ocorrer, não dava para gente mudar o percurso.		
J- Mas eu continuo achando negativo do ponto de vista, se bem que acho que talvez tivesse sido necessário mesmo, né, porque a gente correu atrás de uma demanda que batia a nossa porta, e quando a gente colocou um profissional totalmente na assistência, o quanto que a gente não estimulou essa demanda, sem ter corrido atrás dos espaços dentro da comunidade para ações desse, sabe... que pudessem estar diminuindo essa demanda que vinha na Unidade, então essa é minha ponderação, eu acho que isso aí foi um dado meio complicado, e outra coisa, é assim, é que quando a gente coloca (...) eu acho que o espaço que ela garantiu nesse momento, nesse tempo passado, foi extremamente importante e também vejo uma coisa que me preocupa, assim,				

<p>até quando ela resolve pedir os...porque a gente pede os exames, né, complementares, a preocupação que a gente tem é a reprodução daquilo que ela teve do médico, ela começa a reproduzir a mesma quantidade de exame que o profissional médico, culturalmente acaba pedindo.</p>				
			<p>J-...Então eu acho que esse movimento agora que está sendo feito, de estar voltando pra a comunidade, pras visitas, eu acho que chegou em tempo mesmo, eu acho que é benéfico.</p>	
				<p>Eu acho que é meio termo, né Lídia, um tanto na assistência, sim, né, porque ela conseguiu um espaço e acho que conseguiu graças à capacitação, graças à competência mesmo, mas que ela também possa voltar pra supervisão dos agentes, pra supervisão da equipe, eu acho que é um meio termo,</p>
<p>J-...porque em alguns espaços, em algumas Unidades, a gente percebe que a Enfermeira ficou totalmente voltada para assistência...</p>				

				<p>J...então eu acho que é um meio termo, da mesma forma que o papel do médico, se ficar só na assistência ambulatorial, eu acho que a gente não consegue correr atrás de tudo aquilo que a gente se propõe, prevenção, promoção, remutação, a gente fica só no diagnóstico.</p>
				<p>Y...eu não consigo ver que papel a enfermeira, em termos da consulta de enfermagem, acho que ela é também uma das atividades pertinentes ao profissional, só que é assim, é para controle da saúde das pessoas, gestantes, grupos de risco, mas aqueles que estão tranquilos, agora para você ter essa capacidade, você tem que ter um parâmetro da normalidade, eu acho que isso é uma coisa importante. Então eu acho que é assim: ela vai ter que assumir o seu papel de articulador, dentro da equipe, junto com o médico, mas eu acho que a responsabilidade maior do acompanhamento das famílias, eu acho que tem quer</p>

				ser voltado mais para ela mesmo, ora cuidar de consulta, do ?? pré-natal, normal, hipertenso, diabético, controlado, assim como vigilância epidemiológica, vigilância à saúde, fazer atividades externas junto às escolas, fazer a articulação com intersectoriedade com mais ênfase...
Y-...que hoje ela não consegue fazer, porque ela está presa a uma agenda...				
				Y-...então vai começar a articular um espaço social, e que é um grande papel, a grande do projeto.
			Y-...porque a equipe é responsável por uma comunidade, um distrito, certo?! Nós ainda temos dentro do nosso diagnóstico, primeiro porque a condição de saúde da nossa clientela, ainda mais da periferia, é realmente, era de total não acesso ao serviço de saúde. Então nós temos uma demanda ainda que não está controlada, é questão de distribuição das atividades dentro da equipe mesmo, porque tem algumas coisas que realmente não dá pra estar abrindo	

			<p>mão do profissional médico, por exemplo, ainda tem uns pacientes que nunca passaram no atendimento, na Unidade e muitos deles com certeza se vai chegar a um diagnóstico ou uma necessidade de um diagnóstico que tem que ser canalizado por médico e vai continuar fazendo as visitas, trabalhar em grupo...</p>	
				<p>Y-...mas eu acho que o trabalho tem que ser articulado por alguém, especificamente no cotidiano. Eu acho que quem tem ..assim... essa responsabilidade maior, digamos que seria a enfermeira, que hoje na prática não é, de uma forma geral.</p>
				<p>L- A função dela é trabalhar a prevenção e a promoção, o papel dela é ser articuladora disso, da prevenção e da promoção, eu vejo realmente que ela tem suas funções definidas dentro da promoção, dentro da prevenção e até da recuperação, do tratamento. Mas ela tem como papel a articulação dos profissionais, da equipe e da comunidade. Eu acho que ela é o elo realmente entre a equipe, a comunidade, não</p>

				elo de ligação que é o papel do agente comunitário, mas o elo de articulação da equipe com os outros membros da equipe, né?! Os agentes, o médico, a auxiliar de enfermagem e também visando a promoção da comunidade.
--	--	--	--	--

A terceira pergunta - Trabalho de grupo

Confirmando a explicação inicial	processo	Momento atual	Ampliando as finalidades do tg
Y- Num primeiro momento, na verdade, acho que a gente tem que reconhecer, que no sufoco dos pedidos novos que a demanda nos pressionava, foi utilizado isso como uma estratégia, para poder absorver melhor, nas comunidades, poder intervir na população, num primeiro momento, acho que foi pensado como estratégia.			
		Y- Só que hoje o próprio grupo percebe o quanto é rico esse trabalho em grupo, porque a troca é muito rica e a possibilidade e abordagem com que você vai, tem situações que permite você trabalhar,.	
			Y-...então aos poucos eu acho que as equipes estão começando a enxergar esse sentido de construção mesmo para chegar no auto-cuidado, inclusive, eu acho que é o exercício de cidadania que você quer ao longo do tempo exercer

	Y- Então faz parte do processo, então eu acho que num primeiro momento foi isso, só que hoje eles percebem eu acho, muitas pessoas já conseguem enxergar que [entra alguém na sala e desvia a atenção] tem realmente mais importância.		
	V- Na minha Unidade está mudando, não é que mudou, está mudando...		
V...a parte de grupo sempre foi realmente uma dificuldade das equipes, da onde elas pensavam num primeiro momento, no grupo, para realmente desafogar aquela demanda, então para eu conseguir dar uma resposta, vamos tentar trabalhar em grupo e realmente você olhando só pra esse lado, os grupos não conseguiram caminhar, eles não conseguiram tocar o grupo pensando só no fato de absorver a demanda.			
		V- Agora as equipes já conseguiram trabalhar de uma outra maneira e já estão realmente enxergando o grupo não mais como só para que consiga dar conta da minha demanda...	
			V...e sim da necessidade da promoção...
	V...então agora eu acho que tá melhorando, não está bom ainda não, mas eu acho agora que a gente tá realmente conseguindo.		

J- Eu concordo com a Y, porque eu acho que a fase inicial acho que foi estratégico, no sentido mesmo de absorver demanda...			
		J-...mas acho que a troca foi avaliada que foi rica mesmo e hoje acho que a gente está num momento que a própria comunidade reclama se acontece algum grupo é desmarcado por algum problema que tenha surgido que o profissional não pode fazer...	
			J-...a própria comunidade reclama, que é um espaço para eles importante, até de troca, até de qualidade mesmo de vida, de conversar com o vizinho, de se sentir enquanto grupo, né, isto parte até da própria população.
L- Eu acho assim que pode ter sido uma estratégia, né?! Eu vejo que pode até ter no início que foi estratégico...			
	L-...mas assim com o passar do tempo foi modificando até ...		
		L-...porque assim, na minha Unidade a comunidade que sempre teve vários grupos continuam com vários grupos e os participantes continuam altos, quer dizer...	
			L-...nós não trabalhamos mais o grupo como um grupo educativo, não trabalha mais aquela palestra, né?! Professores e os alunos, a gente já não trabalha há algum tempo com

			esse tipo de metodologia, a gente trabalha realmente a problemática do grupo e a gente tem a certeza que é por aí mesmo, que a gente tem que trabalhar é o indivíduo, na sua comunidade, como ele está se sentindo em relação à sua doença, qual é o grau de sensibilização dele em relação à sua doença e isso tem despertado mil idéias...
L-...então é assim eu não vejo que o grupo era um quebra-galho, eu não penso dessa forma, em nenhum momento eu senti, mesmo que foi usado, foi tido como estratégia para pegar os diabéticos, os hipertensos, eu não senti como quebra-galho, mas que era a melhor forma de se trabalhar essa demanda grande que nós tínhamos desses indicadores de hipertensão, de diabéticos, que era a nossa grande demanda.			
	L- Eu acho que a grande dificuldade na época foi que os profissionais não sabiam trabalhar com o grupo [Valéria concorda]. Essa foi uma grande dificuldade que nós tivemos, quem tinha conhecimento do grupo e repassou para os profissionais, os profissionais desenvolveram legal, agora se a Unidade não tivesse nenhum membro que tivesse conhecimento do grupo, teve muita dificuldade, porque eles nunca trabalharam com o grupo e tinham uma grande		

	dificuldade nisso, não sabia o que fazer, então ficavam naquela palestrinha educativa...		
		L- ...hoje não são os técnicos mais que dirigem os grupos, que coordenam os grupos, quem são, são os próprios agentes comunitários, o técnico ele só entra para fazer alguma complementação no final do grupo, então isso também seria um amadurecimento muito grande.	
		Y- E eles reconhecem que o próprio agente comunitário, estão muito mais capacitados do que eles mesmos, porque fala a mesma linguagem, eles conseguem fazer a troca melhor do que eles...	
	Y- ...então o caminhar de cada equipe acho que foi diferente, de acordo realmente com a vivência que eles tinham...		
		Y-...eu tenho equipe que hoje trabalha, por exemplo, na escola e assim, é o agente comunitário que realmente discute, e o próprio adolescente também que solicita “não, eu não quero discutir isso, quero discutir determinados assuntos” e aí eles se organizam para realmente ir de encontro a necessidade da própria comunidade que está trabalhando.	
	Y-...Então eu acho que é um processo mesmo, que vai dando a diferença.		

		L- E a comunidade aceitou, porque hoje ela não vem olha eu quero uma consulta médica, eu perdi o dia do grupo, eu queria saber quando é a data do próximo grupo, então ele não vem mais ah “eu perdi o grupo e quero participar de consulta médica”, eu acho que já um grande avanço, a população reconhece realmente essa estrutura que foi formada em termos grupal, coletivo.	
--	--	--	--

A quarta pergunta - Visita Domiciliar

Explicação inicial	Processo	Momento presente	futuro
		J- Hoje, hoje está se modificando...	
J-...mas assim, era uma forma de a gente poder conhecer as pessoas que necessitavam que eram os acamados, nós começamos com esse intuito, de atender os acamados...			
		J-...hoje já não é os acamados, hoje tem uma gama de visitas, que é até para fazer esse tipo de diagnóstico familiar.	
		L- Hoje a gente já trabalha numa outra linha...	
L-...no começo realmente, a gente ficou um ano e pouco só com os acamados, acamados, aquele pouquinho de visita lá, principalmente dos médicos...			
		L-...hoje a gente está vendo que não, a gente está já realmente fazendo a promoção, também, dentro das visitas domiciliares..	

	J- Eu acho que ainda é tempo, bem ligeiro ainda, entendeu?		
		L- Mas eu acho que nós iniciamos.	
J- Porque ainda o pessoal vai mesmo cumprir a sua...visitar seus acamados, acaba visitando recém-nascido, a puetra, alguma emergência...			
	J...eu acho que a gente ainda está caminhando mesmo para aquela visita de promoção mesmo...		
		J...a gente até fez uma discussão outro dia, que engraçado, que alguém disse aí, disse assim, uma agente “ah, aquele acamado está bem, não preciso ir lá esse mês” [risos].	
			J...Gente, se está bem, aí que a gente tem que ir, porque o dia que a gente conseguir mesmo é o dia que a gente for fazer visita não para o acamado, mas visita no sentido de estar promovendo mesmo a saúde desse nosso usuário...
	J...mas eu acho que é muito pequeno, ainda a gente está fazendo a visita nesse sentido.		
V- Eu concordo com a J, que a visita ainda está muito presa ao acamado, ao recém nascido, ao puérpera, as fichas B...			
	V...então eu não consigo ainda enxergar realmente as visitas como promoção [pausa] gostaria muito, eu até achar que ainda vamos caminhar pra isso e vamos conseguir, mas no momento eu não percebo não.		

		<p>L- Eu acho que não deixou de fazer isso, mas pelo menos na minha Unidade já foi introduzido esse outro lado e não só os acamados, não só com a puérpera, não só com as fichas B.</p>	
		<p>V- Não, eu acho que introduzido foi, mas eu acho que ainda não dá pra dizer que está assim uma maravilha.</p>	
		<p>J- Eu acho que começa até com o agente comunitário, porque o agente comunitário, hoje, ele ainda vai lá fazer a cobertura, fazer a cobertura da sua área, das suas fichas B e rapidamente ele está preocupado em vencer a agenda e conseguir manter a agenda do mês de cobertura diária, mas ele acaba não tendo olhar. Até para transformar aquela casa que ele visita, onde ele pode detectar que a água não é filtrada, que não é tratada, ele não consegue Ter outra atuação e as vezes até porque talvez ele não saiba mesmo e aí eu acho que a equipe poderia que estar indo junto no sentido de estar orientando essa visita, resgatando melhores condições de vida dentro da própria casa, mas hoje, o que eu penso é isso, que ele poderia estar olhando esta casa que ele visita com outro olhar a não ser o cumprimento de meta, de cobrir área, de ver grupos de prioridades, olhar aquela casa como um todo mesmo, de</p>	

		água, de condições de vida, o enfoque familiar enquanto... a dinâmica familiar e tudo mais.	
		V- E eu acho que eles até gostariam de fazer isso, porque é uma reclamação deles o tempo inteiro, porque eles acabam ficando presos aos números do SIAB, porque senão não dá tempo de eles cobrirem o centro de hipertenso, o centro de diabéticos, as crianças, não dá tempo, então eu acho que eles acabam ficando mesmo preso nesse cumprimento e não acabam conseguindo fazer aquilo que eles mesmo acabam relatando que eles gostariam de fazer.	
		J- E mesmo porque eles não têm um envolvimento grande da equipe nisso. Ele acaba cumprindo a meta de atender o seu acamado, de atender a demanda que bate na porta. Então acho que ele não tem ainda o apoio da própria equipe para estar trabalhando desse jeito.	
		V- Eu também acho.	
	L- É o que eu falo, eu estou em outro processo, mesmo até porque, assim, eu trabalhei muito a Unidade em relação a isso, né?! Pra você ver assim...		
			L-...eu tenho um caso que é de uma senhora, que ela tem uma bronquite, assim fulminante, é uma mulher que vive com “bombinha”, vive

			fazendo inalação e assim a equipe foi visitar essa senhora, mas ela está todo dia no posto, foi visitar pra até verificar onde que ela estava fazendo a inalação, se o lugar estava adequado para ela poder fazer a inalação, porque nenhum remédio, nada estava melhorando o estado geral dela [celular da Valéria toca e ela sai por um minuto da sala] e foi a equipe como um todo, incluindo o médico, foi lá ver e assim, detectaram que ela não poderia fazer no quarto e na sala e que o lugar mais adequado para ela fazer a inalação, que ela faz, era na cozinha, porque era o lugar menos úmido da casa.
		J- Mas está a ligado à doença.	
			L- Não ... não. Veja bem, está ligado a doença, mas se eles não tivessem essa preocupação, certo? Se eles não tivessem essa preocupação de ir lá, tal, eles ficariam realmente no tradicional, vai lá, faz cumprimento de metas, não estou dizendo que eles não deixam de fazer isso, eles fazem isso, tem equipes ainda que fazem visita para cumprir metas, mas tem outras equipes que já avançaram, até porque nós discutimos muito isso. Independente há uns oito meses aí, eu trabalhei muito a Unidade em relação a isso, então assim, por isso que eu falo que na minha Unidade já foi introduzido, hoje eles vão na casa, tentar fazer

			com que aquele paciente que não sai de casa, trazer ele para a caminhada. Vai o agente comunitário, depois vai o médico, depois vai a enfermeira, vai a auxiliar de enfermagem, todos vão fazer um movimento pra que aquela pessoa saia daquele marasmo e participe das atividades da Unidade. Por isso que eu vejo que nós já entramos na promoção, não vou dizer que são todos, não são todos, mas eu acho que já foi introduzido isso, a promoção.
			V- Mas eu acho que a gente entrou na promoção, mas aqueles casos que são visíveis lá pra nós, então aquele caso da família, realmente a gente vai lá e trabalha em cima disso...
		V- ...agora aqueles casos que não aparecem, ao mesmo tempo a gente acaba não buscando que eu acho que era isso que a gente deveria fazer, ir buscar, e essa busca que eu acho que a gente não consegue...	
			V-...porque aquilo que está visível lá na Unidade, a gente vai, promove, mas a busca daquilo que não é visível...
	V-...mas aí que eu acho que a gente ainda tem que caminhar.		
			N- Eles têm a noção de que eles precisam estar voltados também para essa parte de promoção, essa noção eles tem...

		N-...mas eles continuam cumprindo só aquela coisa da meta daqueles acamados, aquela coisa toda. Agora as coisas que eles alegam, é que eles estão presos pelo agendamento...	
			N-...que eles gostariam realmente de estar fazendo essa busca, não só aquelas coisas que vem para cá, mas os que não vêm até aqui, que são trazidos por informações dos agentes ou até por vizinhos, das pessoas que normalmente ficam lá fechadas não sei porque, "não consigo entrar", o agente não consegue, talvez, um outro elemento da equipe, ou um médico, a enfermeira...
		N-...mas o que eles alegam é estarem presos ao agendamento devido, o grande número de famílias, aquela coisa toda...	
	Y- Eu acho que dando continuidade, existe assim, níveis de equipes que estão em processos diferentes, tem equipes que já avançaram, tem equipes que ainda está correndo atrás do prejuízo, trabalhando em grupos de risco, outros que ainda estão tentando articular uma ação inter-equipe, tipo assim, tentar receber uma área que ninguém consegue fazer que haja uma adesão ao tratamento, e aí a mãe mora em uma outra área, então a gente tenta fazer um trabalho conjunto, então é assim, são momentos diferentes e...		

			Y-...tem equipes que já conseguem trabalhar as instituições dentro da área, fazendo eventos promocionais, inclusive, trabalho verminoses, então eu acho que é assim, talvez não seja a questão que ele não ache importante a questão promocional, a questão prevenção, né?
	Y-...As estratégias que eles utilizaram, uns conseguiram avançar mais e outros ainda estão patinando, não que eles não tenham essa visão da importância desse aspecto...		
		Y-...acho que eles estão muito presos à questão do controle mesmo, das coisas básicas, dos grupos de risco...	
			Y-...outros já fazem de uma forma fantástica, tanto é que todo mundo quando a gente troca as experiências diz “nossa a gente queria tanto também fazer uma visita junto com o agente comunitário, pra fazer aquela abordagem, ver todos os fatores de risco, pra ter essa vigilância a saúde mesmo”, a vontade eu acho que ela é expressa, só que a prática usa avançar outros também ...
			L- Mas eu acho que o entendimento existe ainda, pelo menos na teoria.

Primeira pergunta - Como o grupo explica o excesso de exames

A confirmação da explicação	Contradizendo a explicação	Discutindo o processo	Mudança das práticas - a relação da população	Mudanças das práticas - os profissionais
<p>J-Acho que a gente analisou o excesso de exame a ser feito ... ser pedido em excesso mesmo pela própria insegurança do médico generalista, já que ele não tem a formação generalista.</p>				
	<p>J- Mas agora a quantidade de exames continua a mesma apesar do processo de capacitação e a gente tem médico já antigo trabalhando e a gente continua mesmo com excesso de exames e muitos deles normais...</p>			
			.	<p>J-...a gente começou então a debruçar sobre esses exames e a gente fez duas análises, uma era primeiro a que do médico, ele nesse momento apesar de tá usando muito protocolo ele continua fazendo medicina previdente ... muito, né?</p>
			<p>J- ... e segundo eu acho que a gente pensou que a gente não evoluiu muito em termos de mudança da comunidade e segundo eu acho que a gente pensou que a gente não evoluiu muito em termos de mudança da comunidade...</p>	
				<p>J - ...por que é assim, não só da comunidade como mudança do nosso profissional. Porque a Universidade acaba formando a gente técnico e a tratar o usuário enquanto portador de</p>

				doença. Então parece que ainda a gente... é ... só sabe responder a demanda que chega a nossa porta através de algum exame, pedindo exame e o nosso olhar sempre está focado na doença e a gente não conseguiu nem fazer essa inversão com os profissionais
			J- ...e nem fora com a comunidade que a comunidade ainda tem um anseio de passar um tanto no médico e de ter o seu exame colhido e a gente parece que ainda ... parece não ... a gente não conseguiu ainda fazer esse crescimento na unidade...	
L-Eu vejo mesmo como insegurança mesmo dos profissionais (...) Porque tem excesso de exames de determinados pacientes e todos normais				
		L- Então acho que é assim tudo é um processo, acho que tem a insegurança realmente dos profissionais, não conhecerem bem o programa, terem a visão de evidência do diagnóstico então.. eu vejo, taí esse processo agora a população ainda não tem entendimento sobre o médico generalista, é muito pouco ainda o entendimento da população.		
			L- Então ela vem à procura do pediatra, ela vem à procura do ginecologista...	

		<p>L- ...então acho que tudo é um processo, é muito pouco tempo ainda, porque apesar de a gente ter envolvido a população, a população saber como que é o programa, tudo, mas a gente não conseguiu atingir na sua totalidade.</p>		
		<p>Li-Você acha que ainda existe um processo?</p>		
		<p>L- Eu acho ainda e não conseguimos ainda alcançar todos nossos objetivos, querendo e outra só tem três anos, na realidade no primeiro ano foi muito difícil, ninguém conhecia nada e começamos tudo. Hoje a gente ... temos visto o crescimento da Unidade neste planejamento, que nós estamos fazendo nesta semana como cresceu a Unidade, como eles estão tendo uma outra visão, estão apagando a visão do imediatismo, vendo que esse programa é prevenção, se é prevenção porque tanta consulta, porque tantos exames. Então a discussão que hoje tá aparecendo normalmente nas equipes, porque anteriormente não aparecia, era bem camuflado.</p>		
			<p>J- Eu só queria complementar, eu não acredito hoje mais na resistência da comunidade em estar aceitando o médico generalista, porque eu acho que com três anos a gente já tem vínculo e ele procura pelo</p>	

			<p>nome que é o seu médico, né? eu acho que às vezes é jeito de falar, mas Quando ela fala eu quero... hoje eu já não vejo mais isso no Espanhola, não tenho visto assim mais nas Unidades, procurar por um pediatra, por um ginecologista, eu vejo procurando pelo nome do médico, que acredito que nesse aspecto não acho que tenha mais resistência da população de estar aceitando o seu médico...</p>	
			<p>L- Tem os pacientes que realmente estão, que são adeptos que usam o sistema, esse modelo, eles realmente não procuram, agora os usuários que ainda estão entrando no programa ou que nunca usaram e hoje estão usando, eles vem com essa demanda, né? Então, assim, é por isso que eu acho que na sua totalidade, não é aceito na sua totalidade, existe uma resistência em virtude disso, de não ter todo mundo ainda ter passado pelo programa, por mais que você fale, por mais que a pessoa é orientada, ela tem a idéia do genedor? Do especialista.</p>	
		<p>Y- Eu já vejo de outra forma, eu acho que não seja muito pela questão da concepção de generalista ou as especialidades da área. Acho que tem uma série de determinantes que</p>		

		ainda permeiam esse processo, agora na minha visão, há determinantes mais forte ainda da questão da cultura do tradicional, é tanto por parte dos pacientes, como em relação aos profissionais...		
				Y- ...porque de repente, talvez pela acessibilidade ao exame então eles não valorizavam tanto a investigação clínica, enfim, porque na verdade o acesso estava fácil, tudo que era pedido em cima do protocolo ou não, mas eles pediam ...
			Y- ...em troca o paciente também muitas vezes, quantas vezes o paciente não vinha falar "ah.. eu queria, faz tanto tempo que não faço um proto ...não sei o que" e para o profissional era mais fácil pedir, porque ele tinha acesso e resolvia-se o problema.	
	Y- ...Eu tenho outras formas de tá avaliando melhor o paciente e no próprio seminário quando eles trocam o entendimento que se tem de que até o direito a cidadania, cidadania é atender a necessidade da população			

		Y-...as pessoas vão tocando como se fosse o tradicional mesmo, na minha visão todos esses fatores que faz parte de um processo, na verdade ela permeia, mas ainda compromete muito forte, eu acho, que a cultura tradicional, de ambas as partes, várias ??? da população como também dos profissionais.		
			V- ...e eles mesmos relataram que realmente, muitos exames que eles pediam, não havia necessidade e que muitas vezes até pela própria população que solicitava eles "eu quero fazer um hemograma, faz tempo que eu não faço, quero fazer exame de sangue, de fezes", eles acabavam solicitando esses exames.	
V- ...Agora em termos de médico antigo e médico novo, a minha unidade é uma que tem médico que está desde o início, médico que começou seis meses depois e médicos que começaram agora. E na verdade em termos de exames, durante esse tempo todo, eles acabavam todos solicitando na mesma proporção de exames. Você comparar, aquele médico que já passou pelo processo de capacitação logo no início e aquele que ainda não teve capacitação nenhuma durante todo esse processo é a mesma				

<p>proporção de exames, então eu acho que como a Y falou mesmo, né, é, é uma cultura difícil da gente conseguir trabalhar...</p>				
<p>L- Essa pesquisa foi feita numa época em que nós estávamos iniciando, nós tínhamos seis meses, não é isso?! Seis meses ou oito meses de implantação [nesse momento, Li e V discordam].</p>				
<p>Li- No primeiro semestre de 2000, nós tínhamos 98, 99... e 2000.</p>				
<p>L- ah ... então tinha dois anos e assim, mas eu acho que é assim, o dado do exame, realmente para mim ficou, em termos de protocolo, porque todos os casos foi solicitado exames e também em termos da insegurança dos médicos.</p> <p>V- Não ... insegurança sim ...</p>				
<p>L- Pra mim eu vejo dessa forma, na época em que foi feita a pesquisa. Então ?? Aí nós tivemos protocolo que todos teriam que ter, determinados exames que deveriam fazer parte do protocolo, pra mim é nesse sentido.</p>				

	V- Eu não vejo nem como insegurança, eu vejo mais como uma [L discorda e V continua] cultura médica que há necessidade de exames, pedir... pedir... pedir, porque sempre pediram...			
		V- então eu acho que todo esse processo de transformação que acaba ficando mais difícil, às vezes não é nem insegurança deles, né?! E até mesmo...		
				[J interrompe “a ponto de você ter um protoparasitológico negativo e mesmo com ele negativo voce vem e aí passar o medadazol, então se já tinha clínica porque não entrou com a medicação? Não. Mas pede, para dar negativo e medicar”].

Quinta pergunta – Como a gestão no Qualis é percebida pelos trabalhadores

Apresentando dúvidas	Como se dá a gestão	Compartilha com a comunidade	Compartilha com os trabalhadores
L- A gestão que você está falando é em termos de parceria?			
Li- Estou falando de gestão no sentido assim, de como vocês conduzem, de como o trabalho é conduzido, se esse modo de condução permite que essa avaliação que vocês tem, vocês diretores, ela seja percebida da mesma maneira pelos trabalhadores.			

	L- Eu acredito que sim, porque todos os resultados são discutidos, tudo é discutido, eu acho que esse tipo de gestão, eu acho que é o mais correto, porque assim, os dados não ficam somente pra direção...		
		L-...os dados são compartilhados com a comunidade...	
	L-...a gente envolve toda a unidade pra uma discussão dos dados, até porque dos indicadores, a porcentagem dos indicadores, porque nós não estamos alcançando, eu acho que essa é a forma mesmo, eu vejo a direção, como um membro da equipe, certo!? E como membro da equipe ela também tem que discutir toda parte técnica em relação aos indicadores, às condições dos grupos, uma coisa muito mais ampla, não fica só no administrativo, então eu vejo que é uma forma super boa de trabalhar...		
			Y- Assim como todos estão em processos diferentes, momentos diferentes, a percepção também eu acho, não é exatamente igual, talvez por inabilidade da gente quanto gerente ou até pelo próprio desenvolvimento do trabalho das equipes, eu acho que a percepção não é uniforme.
			J- Dos resultados que a própria equipe obtêm, porque quando se fala nos resultados obtidos, na avaliação, eu acredito que a equipe ela pode até reclamar de coisas, mas de estar insatisfeita nesse momento, mas quando ela faz uma reflexão sobre seu

			próprio trabalho e é uma coisa que ela tem até autonomia no sentido até de planejamento, então eu acho que ela tem avaliação positiva do seu próprio resultado ou pode estar insatisfeita com algum outro tipo de ... é isso? ..
	L-...deles estarem sabendo tudo que acontece e na terça-feira a avaliação foi essa mesmo, de a gente estar compartilhando com tudo, eu sinto que é por aí mesmo, não dá mais para fazer aquele modelo que era anteriormente, autoritarismo, isso não, não é mais assim mesmo.		
Li- Eu estou falando da gestão no sentido assim, eu acho que no Qualis, existe uma proposta de participação, existe um sistema de informação que é o mais possível desagregado, democratizado, tem a proposta de fazer reunião de equipe e na fala de vocês eu lembro de uma avaliação positiva, eu lembro de alguém dizer assim “Na minha Unidade hoje eu vejo, um dos resultados que eu vejo, assim, a minha demanda mudou, eu não tenho mais na Unidade um momento inicial, pacientes descompensados”, eu estou imaginando que isso tem a ver [celular toca] com o jeito que essa avaliação ela é possível pela forma com que tem referenciado a Unidade, então aí eu perguntaria se esta gestão que propicia este tipo de compartilhamento, se essa avaliação ela também é percebida do mesmo jeito?			
	Todas- Nesse sentido sim.		

			L- Eu acho que esse compartilhamento da questão com a Unidade, facilita muito o amadurecimento das equipes, porque assim, você consegue fazer com que todo mundo reflita em cima dos dados, não é uma coisa que fica só para uma pessoa, não é uma pessoa só que está analisando os dados e sim um todo...
	L- Eu não sei, não vejo outra forma, eu que tenho uma experiência do tradicional, lá trás, onde o gerente era aquele que só mandava, mandava, mandava, não sentava em nenhum momento pra discutir com a equipe a parte técnica e hoje eu vejo que é totalmente diferente. Hoje a gente pede mais até para coordenação, mais informe técnicos para a gente passar para as Unidades. Então eu acho que essa forma de gestão, eu acho que é super positiva.		
			N- E além ser positiva, inclusive, no nosso um ano e um ano meio negro aí, eles faltam muito essa participação, era a participação que eles tiveram no início, então eles a todo momento, a todo momento, eles cobram.
	N- E isso fica visível, porque a gente veio de um momento de começar junto, juntos as novas equipes desde a implantação do projeto e a gente veio ao mesmo tempo seguindo com as mesmas pessoas, das equipes, tal e ultimamente a gente teve uma troca grande, uma rotatividade de profissionais. Aí que ficou mais		

	<p>visível, tanto para os que estão, tanto para aqueles que chegaram, que nunca viram, nunca participaram, não tiveram oportunidade de trabalhar em locais onde tivesse esse tipo de participação, esse tipo de divisão, de dividir, de compartilhar. Num primeiro momento ele se assusta, porque eles acham que isso não é possível, principalmente quem vem de hospitais, uma coisa completamente diferente, e quando eles vêem essa interação entre profissionais, todas as categorias, não só das equipes, equipes médicas, equipes de famílias, mas outros serviços como bucal, os administrativos, os auxiliares de serviço, numa interação, com seus problemas, seus conflitos, obviamente, mas isso é possível, eles pensam logo numa forma de comissão, não ... não é nada disso, isso faz parte de dividir, de compartilhar tudo..</p>		
	<p>L- Uma coisa que eu acho importante nesse processo, nesse tipo de gestão, você faz com que as pessoas, as equipes, reflitam, mas também você como gerente está a toda hora refletindo, você pode ser auto-avaliável, você avalie conjuntamente, porque eles também vê essa parte do gerente, o gerente tem que ser participativo, o gerente tem que estar junto com eles em todos os momentos e faz com que você reflita sobre seus atos, isso eu acho que em nenhum lugar mais que você consegue isso.</p>		

	V- Cobrar que o gerente participe é uma coisa mesmo interessante, porque no tradicional, quanto mais distante do gerente melhor, né?! Já nós não, né!? Eles querem a gente o tempo inteiro perto deles, realmente participando junto com eles, não tem aquela figura do gerente ficar longe.		
	L- O gerente precisa de alguns casos, das equipes que discutem casos, o gerente sabe desses determinados casos, não é de todos, lógico, mas ele sabe de determinados casos e eles vem "sabe aquele caso", eu acho isso fantástico, isso aí me apaixona, sabe aquele caso.. assim....assim...		

A pergunta que não estava prevista –Sobre o atendimento das necessidades de saúde sentidas pelas pessoas

A visão do Qualis sobre as necessidades de saúde	Dificuldades identificadas	A visão da população sobre as necessidades de saúde	Falando de processo
N- Eu acho que para atender ele propicia muito...			
	L- eu acho que o grande problema é a nossa resolutividade, a gente não consegue Ter a resolutividade de todos os casos...		
L- mas eu acho que o Qualis amplia muito, em termos de área acho que ele realmente ele consegue saber de um todo em termos da comunidade, as necessidades da comunidade, o que fazer com aquela comunidade...			
	L-...mas eu acho que a gente não conseguiu Ter uma resolutividade de muitos e muitos problemas...		

		L-...ainda a gente tem aquela população um pouco imediatista que a procura de solução para sua doença, vem a procura da doença, não vem a procura da saúde...	
L-...nós temos uma abrangência grande em termos de não conseguir falar, acho que assim, a gente conseguiu abranger as coisas mais necessárias para a comunidade.			
Li- Que são?			
L- São várias, são várias, né, até o problema do lazer dela que não existe, até o problema dela não se reconhecer como cidadã, até o problema dela...problemas ambientais...			
	L-...só que assim, a gente não conseguiu dar resolutividade ainda nesses casos...		
L-...mas eu acho que abrange tudo, você tem essa visão e ele propicia esse envolvimento todo.			
J- Eu acho a que ser propõe o Qualis, das diretrizes onde ele te fala de participação popular, controle social, eu acho que ainda a gente está caminhando muito lá pra trás ainda, tudo que a gente se propôs acho que em relação à saúde-doença, a gente tem até conseguido responder o que a população nos solicita...			
	J-...as vezes até com menor resolutividade, uma vez, que a gente não tem uma rede adequada de referência e contra-referência...		

J-...mas do ponto de vista, tudo que a gente se propõe, a participação popular, o controle social, o estímulo dessa cidadania...			
	J-...eu acho que depende muito da gente, depende do perfil do profissional que trabalha com a gente, que a gente ainda tem trabalhando com a gente, pessoas que acham que isso é romantismo, que é sonho, que é a gente é idealista demais...		J-...eu acho que ainda é um processo, a gente está caminhando...
			J-...mas eu acho que a gente está caminhando...
J-...existe pessoas extremamente compromissadas, hoje a gente vê Unidades preocupadas com violência, trabalhando pelas bordas, intensificando as ações contra violência, identificando problemas e trabalhando no sentido de tentar amenizar, envolvendo, estabelecendo parcerias com a comunidade, tirando voluntários dentro dessa comunidade pra tentar melhorar as coisas, então é assim, eu acho que a gente consegue responder algumas coisas...			
			J-...em outras a gente está caminhando, começando, caminhando.

			Y- Eu acho que esse processo que a gente vem vivenciando, ele faz com a gente tenha um olhar para a realidade totalmente diferente e que não tem volta, na verdade e acho que é assim, não existe situação para vivenciar igual a esse, é ímpar, não dá, a gente desenvolve tanto enquanto ser humano, enquanto cidadão e a equipe também, você percebe a diferença do olhar deles quando entraram e o que eles são hoje...
	Y-...apesar de a gente querer resolver ainda, manter ainda aquela vontade de resolver todos os problemas, aliás até a gente busca algumas coisas, por exemplo, uma coisa que as pessoas falavam, nem se comentava em termos de necessidade, em parcerias, hoje até por conta do olhar ser diferente e o sentimento de impotência em determinados momentos acaba pintando...		
Y- e aí faz com que ele busque algumas alternativas e aí ele começa buscar a questão da participação popular, a questão da inter-setorialidade, porque a gente acaba não dando conta do recado dentro do setor, precisa de parceiros. Então isso é muito rico, eu acho que ninguém vai ser a mesma pessoa depois do Qualis [N concorda], de vivenciar o Qualis, honestamente falando.			