



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

STELLA MARIS HILDEBRAND

**O MODELO POLÍTICO-TECNOLÓGICO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL: 1997 a 2006**

Brasília, junho de 2008

STELLA MARIS HILDEBRAND

**O MODELO POLÍTICO-TECNOLÓGICO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL: 1997 a 2006**

TESE DE DOUTORADO

**Apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde junto ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.**

**ORIENTADOR
PROFA. DRA. HELENA ERI SHIMIZU**

**BRASÍLIA/DF
2008**

**Financiado pelo CNPq - Edital 049/2005 - Número do processo
401950/2005**

Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – Presidente e orientador
Universidade de Brasília**

**Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Edgard Mercham Hamman
Universidade de Brasília**

**Dra. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília**

**Dr. Oviromar Flôres
Universidade de Brasília**

**Profa. Dra. Maria da Glória Lima
Universidade de Brasília - Suplente**

Brasília, 27 de junho de 2008

STELLA MARIS HILDEBRAND

**O MODELO POLÍTICO-TECNOLÓGICO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL: 1997 a 2006**

TESE DE DOUTORADO

**Apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde,
junto ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, para a obtenção do
título de Doutor em Ciências da Saúde**

**ORIENTADOR
PROFA. DRA HELENA ERI SHIMIZU – PRESIDENTE**

BRASÍLIA, 27 de junho de 2008.

DEDICATÓRIA

Dedico à minha filha, Natália, por sua presença carinhosa nos momentos de luta e superação dos obstáculos. A você, todo o meu amor e meu orgulho por sentir sua garra nesse mesmo tempo em que experimenta o desafio do vestibular.

Ao meu irmão, Paulo (*in memoriam*), por termos saboreado a vida como uma bela canção repleta de emoção, de mistério e de descobrimento. Companheiro de viagens filosóficas, pescarias compenetradas, passeios futuristas, escaladas íngremes, vôos livres e danças na ciranda da vida. Querido, sinto sua presença, mas só posso tocá-lo com minha alma e meu coração.

A todas as famílias que permitiram que eu fizesse parte de suas vidas para compreender, experienciar e aperfeiçoar o verdadeiro significado do vínculo, da responsabilidade compartilhada, da vida como ela é e dos sonhos que não se acabam.

Aos profissionais de saúde, participantes desta pesquisa, que tornaram possível a sua realização, um abraço fraterno. Obrigada!

AGRADECIMENTO

Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília, pelo apoio autorizando meu afastamento e garantindo administrativamente a substituição. Ao CNPq/MCT/MS, pela concessão da bolsa de estudos – doutorado. À orientadora Profa. Dra. Helena Eri Shimizu, pela capacidade técnica e domínio metodológico durante a condução da pesquisa. Às professoras Ivonete Boschetti, Marlene Teixeira, Ana Galinki e Maria Cecília Minayo, pela oportunidade de participar das disciplinas e cursos por elas ministrados na seara das alternativas institucionais que abordam os conteúdos políticos, sociais, metodológicos e subjetivos/intersubjetivos. Ao NESP, pela oportunidade de discutir meu projeto, ajudando a esboçar a primeira carta náutica desta viagem que enfrentou mares de clamaria, ventos fortes, nevoeiros, nascentes ensolarados, poentes lunares até chegar ao destino: tese à vista. Aos servidores da SES/DF, do MS e da FZ que colaboraram com o fornecimento de documentos e pistas sobre a localização dos informantes-chave, especialmente à Luzia, à Luciana, à Dra. Gislane, à Dra. Cibele, ao Dr. Antônio Alves, à Dra. Pedrita, à Arindelita, ao Roberto, à Rosalina, à Marilda, à Arilda, à Dulcinéia, ao Moacir e outros que se reconhecem e por ventura deixei de mencionar. Aos funcionários da Secretaria do ENF/FS/UnB e da PG/FS/UnB, pelo pronto atendimento às solicitações. À equipe que trabalhou nos bastidores: "ADOLF", pelas degravações; Café com Letras, pelo serviço de reprografia e encadernação; Laboratório de Informática – FS/UnB; e Maria Resende, pela revisão final. Aos queridos amigos, pelo carinho, estímulo e apoio durante as horas difíceis e passagens insólitas que hoje parecem bem cômicas e surreais: Ana Paz, Mara, Jerônimo, Linda, Nilza, Willian, Rinaldo, Fernando, Goreti, Ivone, Ana Lúcia, Pâmela, Oviro, Eliane, Glória, Suely, Tininha, Cléo, Verinha, Valentim, Mestre Jorge, Rosa Virgínia. Aos companheiros de trabalho da FS/UnB (professores, alunos e funcionários), pelo apoio e carinho quando me perguntavam "*como anda seu trabalho*" e pelo encorajamento quando diziam "*termina logo isso*", "*acaba já com isso de uma vez*" e "*é duro, mas tem fim*". Obrigada mesmo!

À minha mãe, pelo exemplo e carinho durante mais essa etapa.

"Se o fazer uma tese é uma imposição, norma ou lei, a tese é, paradoxalmente, uma atividade lúdica que apanha diversas perspectivas em contraponto, exacerba dinamicamente os contrastes e nos faz descobrir nova maneira de ler ou de ver o já visto ou lido. Peculiar originalidade, lança-se mão dos dados para inventá-los: ganha-se a precisão do pensamento na verticalização de um tema que se restringe para se tornar mais seguro a nuance da reflexão que incorpora, sem falsa modéstia, o imprevisto, o insólito, o dissociado, a capacidade dialética que aprende as vozes que se dispersam na compreensão e/ou interpretação dos fenômenos."

Lucrecia D'Aléssio Ferrara (Apresentação do livro de Humberto Eco Como se faz uma tese)

"Nós que passamos apressados
pelas ruas da cidade
Merecemos ler as letras
E as palavras de gentileza
Por isso eu pergunto
a você no mundo
Se é mais inteligente
o livro ou a sabedoria
O mundo é uma escola
a vida é o circo
Amor palavra que liberta
já dizia o profeta"
Marisa Monte.

"Nos horizontes do mundo não haverá movimento se o botão do sentimento não abrir o coração." Paulinho da Viola.

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar o modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família no Distrito Federal, a fim de verificar as potencialidades e limitações de mudança do modelo de atenção à saúde. Foram implantadas três propostas no DF: Programa Saúde em Casa (SC), de 1997 a 1998, Programa Saúde da Família (PSF/DF), de 1999 a 2003, e Programa Família Saudável (FS), no período de 2004 a 2006. Adotou-se como marco teórico os conceitos de modelo de atenção, política de saúde, organização dos serviços de saúde, processo de trabalho em saúde da família e práticas de saúde. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico a abordagem dialética estrutural e como categorias analíticas: política e tecnologia. A coleta de dados consistiu-se na análise documental (Planos de Saúde, Projetos de Atenção à Saúde da Família, Anais das Conferências de Saúde do DF e Instrumentos Jurídicos de Parceria entre SES/DF e terceiro setor), entrevistas com profissionais da equipe central (três profissionais do SC; dois do PSF/DF e cinco do FS), regional (quatro profissionais do SC, quatro do PSF/DF e dois do FS) e grupo focal com profissionais das equipes locais dos três períodos (oito profissionais do SC, cinco do PSF/DF e sete do FS). Para análise dos dados, foram seguidos os procedimentos propostos pela hermenêutica: leitura exaustiva do material, busca da unidade de sentidos com agrupamento em três categorias operacionais: gestão política, organização dos serviços e práticas de saúde, segundo a importância temática para a reconstrução sócio-histórica dos programas. Verificou-se que o SC nasceu como uma proposta inovadora, sobretudo pela introdução de um novo paradigma de saúde e algumas estratégias de gestão participativa com o envolvimento de gestores, trabalhadores e da população. Contou com o incentivo e o apoio dos gestores; conseqüentemente teve recursos para operacionalização das ações. O PSF/DF teve um nascimento prejudicado, principalmente porque não foi adequadamente valorizado pelos gestores. O projeto continha forte influência do Ministério da Saúde, que apoiou a sua operacionalização técnica. O FS nasceu de forma conturbada, todavia tinha um projeto denso e inovador, que foi pouco compartilhado com a equipe técnica e com a população, dificultando a sua operacionalização. O SC proporcionou a maior cobertura populacional e

o maior número de equipes do programa no DF durante dois anos de execução: 300 equipes mínimas e 124 equipes de saúde bucal, cobertura de 65% da população. O PSF/DF implantou 134 equipes mínimas e 66 equipes de saúde bucal, apresentando a cobertura de 20% da população em cinco anos de execução. O FS, que teve duração de três anos, finalizou o programa com 59 equipes mínimas, 19 equipes de saúde bucal, três equipes multiprofissionais, quatro equipes de saúde prisional e 28 PACS completos, cobertura populacional de 26%. Enquanto no SC a capacidade instalada e a cobertura do programa foram consideradas potencialidades para a mudança do modelo de atenção, no PSF/DF e FS elas apresentaram-se como fatores limitantes. As semelhanças encontradas nas três gestões políticas consideradas limitadoras para a mudança da organização tecnológica da produção em saúde foram: inserção paralela do programa à rede da SES/DF; coexistência de dois modelos de atenção básica UBS e UBSF; e parceria com o terceiro setor para a gestão dos recursos humanos. As semelhanças na organização dos serviços que limitaram a mudança do modelo de atenção referiram-se ao modelo de implantação misto na atenção básica; estrutura centralizadora da Secretaria; deficiência do programa como porta de entrada; e integralidade, equidade e universalidade comprometidas. Foram consideradas como potencialidade para a mudança da produção em saúde a centralidade na família e a orientação para a comunidade. As três propostas revelaram a finalidade de realizar ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação das famílias, demonstrando aderência ao modelo de promoção da saúde e vigilância à saúde, aliadas às práticas das ações programáticas, percebidas como potencialidades para a mudança do modelo de atenção. Conclui-se que, apesar da forte influência do modelo hegemônico, houve alguns avanços, ainda que incipientes, na construção de um novo modelo de atenção caracterizado pelo vínculo, acolhimento e escuta..

Palavras-chave: Modelo de atenção. Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Gestão em saúde. Organização dos serviços de saúde. Práticas de saúde.

ABSTRACT

The study had as an objective the analysis of the political-technological model of attention of the Family Health Program in the Federal District of Brasilia, Brazil in order to verify the potentialities and limitations in changes within the model of health attention. Three proposals were implanted in the DF: Home Health Program (SC), from 1997 to 1998; Family Health Program (PSF/DF), from 1999 to 2003 and Health Family Program (FS), from 2004 to 2006. The concepts of model of attention, health policy, health services organization, work process in family health and health practices were adopted as theoretical models. As a theoretical-methodological reference, the dialectic-historical structural approach was used and the analytic categories politics and technology. The collection of data consisted of documentary analysis (Health Plans, Projects of Attention to Family Health, Annals of Health Conferences of the Federal District and Legal Instruments of Partnership between SES/DF and the third sector), interviews with Professionals of the central team (three professionals from the SC; two from the PSF/DF and five from the FS); regional (four professionals from the SC, four from the PSF/DF and two from the FS) and the focus group with professionals from the local teams from the three periods (eight professionals from the SC, five from the PSF/DF and seven from the FS). For data analysis, the procedures proposed by hermeneutics were utilized: exhaustive reading of the material, search for unity of meanings; later, they were grouped in three operational categories: health management policy, organization of services and health services according to thematic importance for socio-historical reconstruction. The SC provided innovation, a new health paradigm. For the implantation process, some strategies of participative administration were adopted, with the participation of directors, workers and elements of the population. This involved also incentives and help from the directors; consequently, there were resources for the operation of activities. The PSF/DF began poorly, principally, because it was not adequately valued by the directors. The project contained strong influence from the Health Ministry, which supported its technical operations. The FS began in a state of conflict; it had a dense and innovative project, which was little shared with the technical team and the population, which made its operations difficult. The SC provided the

greatest population coverage and the largest number of teams in the program in the DF during two years of operations: 300 teams as a minimum, and 124 dental health teams, covering 65% of the population. The PSF/DF provided 134 teams as a minimum and 66 dental health teams, covering 20% of the population in five years of operations. The FS, which lasted for three years, finalized its program with 59 teams as a minimum. 19 dental teams, three multiprofessional teams, four prison health teams and four complete PACS, with coverage of 26% of the population. With regard to the SC, the installed capacity and the program coverage were considered as potentialities for changes in the modes of attention; in the PSF/DF and the FS, they were seen as limiting factors. The similarities found in the three modes of presentation considered as limiting in the technology of health were: parallel insertion of the program in the SES/DF network of services; coexistence of two models of primary attention UBS and UBSF; and partnership with the third sector for the utilization of human resources. The similarities in the organization of the services which the attention model refer to the mixed implantation model in primary attention; structure centralized in the Secretariat; deficiency in the program as a gateway; and integrity, equity and universality are compromised. The centrality of the family and orientation towards the community were considered as potentiality for change in health production. The three proposals revealed the finality of undertaking actions of prevention, promotion, cure and rehabilitation of families, showing adherence to the model of promoting health and health surveillance, allied with the practices of programmed actions, perceived as potentialities for changes in the models of attention. It is concluded that, in spite of the strong influence of the hegemonic model, there were some advances, although incipient, in the construction of a new model of attention, but consistent with the reception and attachment.

Key-words: Model of attention. Primary health attention. Family health program. Health management policy. Organization of health services. Health services.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal – 2006.....	38
FIGURA 2 – Mapa das Regionais de Saúde da SES/DF, com as Diretorias Regionais de Saúde – 2006.....	39
FIGURA 3 – Organograma da SES/DF no Plano Bandeira de Mello – 1959.....	42
FIGURA 4 – Organograma da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – 1997.....	124
FIGURA 5 – Organograma da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – 2000.....	173
FIGURA 6 – Mapa da Regionalização da Saúde no Distrito Federal – 2004.....	222
FIGURA 7 – Eixo de expansão da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal – 2004.....	222

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos entrevistados segundo a formação profissional e inserção central ou regional na Secretaria de Saúde do Distrito Federal por período.....	105
QUADRO 2 – Caracterização dos participantes dos grupos focais segundo formação profissional e proposta de atuação.....	108
QUADRO 3 – Regionalização da Assistência à Saúde no Distrito Federal – 2003.....	221

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLA	SIGNIFICADO
AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CD	Programa de Crescimento e Desenvolvimento
CEDRHUS	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SES/DF)
CIB	Comissão Intergestores Bipartite (estadual)
CIT	Comissão Intergestores Tripartite (nacional)
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COAPS	Coordenação de Atenção Primária em Saúde (SES/DF)
COP	Coordenação de Programas (SES/DF)
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição sobre Movimentação Financeira
CSDF	Conferência de Saúde do Distrito Federal
DAB	Departamento de Atenção Básica (do Ministério da Saúde)
DF	Distrito Federal
DIESF	Diretoria da Estratégia de Saúde da Família (SES/DF)
DRMA	Diretoria de Recursos Médico-Assistenciais (SES/DF)
DS	Distrito Sanitário
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC 29	Emenda Constitucional 29
ENF	Enfermeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ)
ESF	Equipe de Saúde da Família
ETESB	Escola Técnica de Saúde de Brasília (SES/DF)
EUA	Estados Unidos da América
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (SES/DF)
FHC	Fernando Henrique Cardoso (Governo)
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal (SES/DF)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz (MS)
FM	Faculdade de Medicina
FMI	Fundo Monetário Internacional

FS	Programa Família Saudável (SES/DF)
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde (MS)
FZ	Fundação Zerbini
GAD	Gerência Administrativa (SES/DF)
GDF	Governo do Distrito Federal
GEARI	Gerência de Avaliação de Resultado e Impacto
GPNSF	Gerência de Programas e Normas do Saúde da Família (DIESF/SES/DF)
GTA	Gerência Técnica Administrativa (SES/DF)
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPMS	Gestão Plena do Sistema Municipal
GPNSF	Gestão de Programas e Normas do PSF (DIESF/SES/DF)
GM	Gerência Médica (SES/DF)
GSESF	Gerência de Supervisão da Estratégia Saúde da Família (DIESF/SES/DF)
GSIB	Gerência do Sistema de Informação da Atenção Básica (DIESF/SES/DF)
IAP	Instituto de Aposentados e Pensionistas (extinto)
IANS	Instituto de Aposentadoria Nacional de Servidores Públicos
ICS	Instituto Candango de Solidariedade (GDF)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (extinto)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social (extinto)
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LACEN	Laboratório Central (SES/DF)
LAPA	Laboratório de Planejamento Estratégico (UNICAMP)
MEC	Ministério da Educação do Brasil
MED	Médico
MGC	Medicina Geral Comunitária
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil
MPS	Medicina Preventiva e Social
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NARI	Núcleo de Avaliação de Resultados e Impactos (DIESF/SES-DF)
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NSI	Núcleo de Sistema de Informação (DIESF/SES-DF)
NUT	Nutricionista
ODT	Odontólogo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIP	Organização da Sociedade Civil Pública
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica (da antiga Previdência Social)
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional (GDF)
PEC	Proposta de Emenda Constitucional

PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (extinto)
PMF	Programa Médico de Família (de Niterói)
PPA	Plano de Pronta Ação do Governo Federal (1999)
PROJETO UNI	Projeto UNI: uma nova iniciativa na educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade (Fundação Kellogg)
PSF	Programa Saúde da Família
PSF/DF	Programa Saúde da Família do Distrito Federal
PS	Pronto-Socorro
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PT	Partido dos Trabalhadores
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
REFORSUS	Programa de Reforço à Reorganização do SUS
RORIZ	Período de Governo de Joaquim Roriz (Distrito Federal)
SAMDU	Serviço Ambulatorial e de Medicina de Urgência (extinto)
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS/SES	Sub-Secretaria de Atenção Básica (SES/GDF)
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde (MS)
SC	Programa Saúde em Casa (SES/DF)
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP (FSESP)	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde (MS)
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIII CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986)
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
O PSF como objeto de estudo e as questões norteadoras.....	18
O problema da pesquisa: o PSF como estratégia de transformação do modelo de atenção à saúde.....	24
Objetivos.....	31
CAPÍTULO I – CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DO PSF	32
1.1. O contexto nacional do surgimento do PSF.....	32
1.2. O contexto de saúde no Distrito Federal e o PSF.....	37
1.2.1. O Distrito Federal como espaço de atuação da saúde.....	37
1.2.2. O sistema de Saúde do DF.....	40
1.2.2.1. Primeiro período: criação do Sistema de Saúde.....	40
1.2.2.2. Segundo período: Atenção Primária à Saúde.....	49
1.2.2.3. Terceiro período: SUS/DF e PSF.....	58
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO.....	61
2.1. Modelo de Atenção à Saúde.....	61
2.2. Política de saúde.....	75
2.3. Gestão em saúde.....	82
2.4. Organização dos serviços de saúde.....	85
2.5. Processo de trabalho na saúde da família.....	91
2.6. Práticas de saúde.....	99
CAPÍTULO III – CAMINHO METODOLÓGICO.....	101
3.1. Referencial teórico-metodológico: abordagem dialética histórico-estrutural	101
3.2. Procedimentos de coleta de dados	103
3.2.1. A análise documental.....	103
3.2.2. Entrevistas com profissionais da Equipe Central e da Regional.....	104
3.2.3. Grupo Focal com profissionais da Equipe Local.....	106
3.3. Análise dos dados.....	110
3.4. Aspectos éticos.....	111
CAPÍTULO IV – RESULTADO E DISCUSSÃO.....	112
4.1. O PROGRAMA SAÚDE EM CASA (1997-1998).....	112
4.1.1. Gestão Política do Saúde em Casa.....	112
4.1.2. Organização dos serviços no SC.....	132
4.1.3. Práticas de Saúde do SC	150
4.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DF (1999-2003).....	169
4.2.1. Gestão política do PSF/DF.....	169
4.2.2. Organização dos serviços do PSF/DF.....	182
4.2.3. Práticas de saúde do PSF/DF.....	196

4.3. PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL (2004-2006).....	212
4.3.1. Gestão política do FS.....	212
4.3.2. Organização dos serviços no FS.....	234
4.3.3. Práticas de saúde do FS.....	249
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O MODELO POLÍTICO-TECNOLOGICO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL.....	269
REFERÊNCIAS.....	284
ANEXOS.....	313
Anexo A – Formulário de coleta dos documentos	313
Anexo B – Roteiro de entrevista com profissionais da Equipe Técnica Central.....	314
Anexo C – Roteiro de entrevista com profissionais da Equipe Técnica Regional.....	315
Anexo D – Roteiro de entrevista com Grupo Focal.....	316
Anexo E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	317
Anexo F – Formulário de Identificação dos Participantes.....	318

INTRODUÇÃO

O PSF COMO OBJETO DE ESTUDO E AS QUESTÕES NORTEADORAS

O objeto deste estudo é o Programa Saúde da Família (PSF) do Distrito Federal no período de 1997 a 2006. Para sua compreensão, foi necessário analisar o contexto sócio-histórico da criação do Programa em nível nacional, apontando os fatores e momentos relevantes.

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 no Brasil tendo como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 (BRASIL, 1994). “O PACS foi analisado satisfatoriamente porque possibilitou o acesso aos serviços de saúde a grande parte da população alijada desse direito” (SOUSA, 2001a) e utilizou como foco central das ações em saúde a visita domiciliar dos agentes de saúde sob a coordenação do enfermeiro. Dessa forma, a população obteve um primeiro atendimento, de ações básicas, propiciando sua inclusão nos demais níveis de atenção do sistema.

Em 1995, o Ministério da Saúde (MS) transfere o PSF da Fundação Nacional de Saúde (FNS) para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), especificamente para o Departamento de Assistência e Promoção da Saúde (DAPS). No mesmo ano, foi iniciado o processo de implementação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (SOUSA, 2007), sistema esse que permitiu monitorar as informações sobre o desenvolvimento do programa.

Posteriormente, em 1997, o Ministério da Saúde lança o documento orientador dos princípios e diretrizes do PSF, intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1997), no qual foram descritas suas características, a saber: i) ser uma proposta substitutiva da rede básica tradicional; ii) não ser um programa vertical e paralelo às atividades dos serviços de saúde; iii) requerer alta complexidade tecnológica para o desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes; iv) ser a porta de entrada da população para o serviço de saúde; v) trabalhar com a definição de território e população adscrita (cada equipe de saúde da família – ESF – ser responsável por 600 a 1.000 famílias; vi) definir uma equipe mínima

responsável pelas famílias adstritas (médico, enfermeiro, dois a quatro auxiliares de enfermagem e seis a dez agentes comunitários de saúde); vii) propor a utilização do planejamento local para as ações de saúde a partir do cadastramento e do levantamento de indicadores epidemiológicos e sociais que serão monitorados continuamente; viii) reforçar a necessidade de se garantir a participação da comunidade e o controle social; iv) promover a educação continuada da equipe; e x) estabelecer a humanização da assistência e o vínculo com a população.

Esse documento afirmou a potencialidade do PSF em provocar impacto favorável nas condições de saúde da população atendida, estabelecer relação de humanização na assistência, propiciar a criação de vínculo de compromisso e co-responsabilidade entre o serviço e a população e desencadear a transformação do modelo assistencial: “o Programa Saúde da Família é um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial.” (BRASIL, 1997). A implantação desse programa nos municípios exigia a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, do Plano Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

Para a operacionalização da proposta do PSF e do PACS, o MS publicou, em 1998, documentos contendo informações técnicas sobre a concepção teórica, etapas de implantação, funções e atividades da equipe e dos profissionais, papéis atribuídos ao nível Central, ao Regional e ao Local e orientações sobre os procedimentos técnicos utilizados pelas equipes: o Manual do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), o Manual para a Organização da Atenção Básica de Saúde, o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a série "Agente em Ação", contendo textos e vídeos de apoio. Ao mesmo tempo, foi-se discutindo e criando um arcabouço jurídico que sustentasse a operacionalização do programa.

A estratégia de implantação do PSF previu a criação de outros *locus* de discussão para a formação de uma rede ao mesmo tempo de apoio à idéia e produtora de matéria-prima para avaliar seu percurso, gerando elementos para seu fortalecimento: os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (Pólos), criados em 1998.

Uma das características dos Pólos (BRASIL, 2000) era constituírem-se como parceria entre universidades ou instituições isoladas de ensino superior e

Secretarias de Saúde de Estado e/ou Município comprometidos com a consolidação do SUS e com a construção de novos modelos de atenção à saúde e de ensino aos profissionais da área. Entretanto, os Pólos do PSF foram diferenciados do tradicional modelo de IDA (Integração Docente Assistencial) pelo caráter horizontal da articulação interinstitucional pactuada entre ensino e serviço, visando propor ações de curto (treinamento introdutório, cursos de atualização) médio e longo prazo (educação permanente, especialização, mestrado, doutorado e ordenar os conteúdos e metodologias da graduação).

A avaliação dos Pólos feita no ano de 1999 (BRASIL, 2002) identificou alguns problemas: i) falta de definição de recursos para o financiamento dos próprios Pólos e de linhas de pesquisa na área para criar um suporte teórico-prático claro para o trabalho em equipe sob um novo enfoque; ii) baixo poder de agregação entre MS e Ministério da Educação (MEC); iii) insuficiente potencial de mudança na formação profissional (cursos de graduação, pós-graduação e formação profissional); iv) ruptura do PSF durante mudanças de gestão decorrentes das eleições; v) baixa articulação com outras iniciativas de mudança dos modelos de atenção primária e dos demais níveis de atenção; vi) reduzida atuação como catalisador do desenvolvimento de outras políticas públicas na área da saúde e de recursos humanos; vii) persistência da atenção materno-infantil como foco central das intervenções, sem expansão para o ciclo vital e para a intersectorialidade; e viii) inquietações acerca das interferências da lógica do mercado na saúde.

A partir dessas constatações e considerando o dinâmico e intenso processo de construção, o PSF foi inserido na agenda de trabalho pactuada entre os Pólos e a Coordenação de Saúde da Comunidade – Departamento de Atenção Básica à Saúde (DAB) do Ministério da Saúde, com três grandes focos: i) organização de processos de trabalho; ii) capacitação e formação de pessoal; e iii) avaliação dos processos de trabalho e do impacto das ações dos Pólos. Nesse momento, foram apoiadas as propostas que seriam adequadas ao fortalecimento dos Pólos, agregando temas qualitativos e quantitativos: i) criação da Rede de Pólos; ii) articulações e parcerias; iii) produção e divulgação do conhecimento em saúde da família; iv) processo de avaliação dos projetos; e v) otimização da gestão (BRASIL, 2000).

A mudança do modelo de atenção pressupunha a discussão de questões múltiplas e complexas, relacionadas à formação, à capacitação, à gestão de pessoas, ao desenho conceitual e operacional de novas práticas de saúde a partir de outra concepção do objeto de trabalho, além da necessidade de novas formas de organização dos serviços que operassem e consolidassem essa proposta (ALEIXO, 2002; ELIAS et al., 2006; FRANCO; MERHY, 2003; GIRARDI; CARVALHO, 2003).

Ao mesmo tempo, requeria articulação institucional, pactuação de compromissos, priorização nas agendas dos gestores do nível central, do estadual e do municipal de saúde, manifestando o conteúdo, não só técnico, mas principalmente político e ideológico, que possibilitasse sua sustentação (COHN, 2002; TEIXEIRA, 2003; FLEURY, 2006; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; MENDES, 1996; MERHY, 2003; PAIM 1999, 2006).

O MS também fomentou a realização de eventos científicos para a divulgação das experiências acumuladas pelo PSF, entre eles o I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, em 1998 (BRASIL, 1999a), a I Mostra de Experiências em Saúde da Família, em 1999 (BRASIL, 1999b), a II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada em 2004 (BRASIL, 2004) para publicizar o programa tanto nos aspectos conceituais como em relação às experiências existentes. Os “Cadernos de Atenção Básica: PSF e a Revista Brasileira de Saúde da Família” foram publicações do MS em 1999 que visaram orientar a operacionalização, a divulgação, a avaliação e a qualificação técnica do programa (SOUSA, 2007).

O MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), criado em 2000, com vinculação na Secretaria de Políticas de Saúde, investiu em pesquisas que possibilitaram acompanhar o desenvolvimento do PSF (SOUZA, 2006).

Nesse período, houve a produção de artigos científicos sobre o PSF nos periódicos nacionais contendo diagnósticos de saúde das famílias, abordagens dos treinamentos introdutórios e subseqüentes, cursos de especialização bem sucedidos, processo de inclusão do tema nos cursos e disciplinas da graduação e algumas reflexões sobre os desafios do contexto macropolítico e institucional. Essa produção científica começou a esboçar a realidade do PSF do período trazendo à tona a natureza efervescente de um processo social de

mudança – ora apresentando avanços, ora retrocessos –, com novas e velhas tecnologias, revelando novas formas de organização de serviços e das práticas de atenção à saúde das famílias.

Durante os anos de 2001 e 2002, foi aprovado o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF) num acordo bilateral entre o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Governo Brasileiro/MS visando estabelecer as bases estruturais e financeiras para o programa. Em 2003, foi lançada a convocatória pública para que os municípios e o DF apresentassem projetos para serem submetidos à aprovação (SOUSA, 2007).

No Distrito Federal (DF) a construção da atenção à saúde da família foi marcada por três momentos: primeiro período (1997-1998): denominado Programa Saúde em Casa (SC); segundo período (1999-2003): intitulado Programa Saúde da Família (PSF/DF); e terceiro período (2004-2006): chamado de Programa Família Saudável (FS).

A vigência do programa no DF foi marcada pela descontinuidade das ações e serviços e pelo rompimento dos vínculos estabelecidos entre as equipes e a população assistida em decorrência das mudanças de governo e de gestores da saúde que optaram por diferentes formas contratuais para os profissionais da equipe do PSF.

As propostas do PSF/DF foram construídas de maneiras distintas e resultaram em diferentes organizações da produção dos serviços, das práticas de saúde e da gestão do programa, embora tenham sido pautadas no ideário do SUS e nas orientações nacionais para o programa.

O olhar sobre o modelo político tecnológico de atenção à saúde da família como objeto deste estudo se justifica, pois permitirá compreender a trajetória histórica e social do desenvolvimento dessa estratégia, conhecer suas potencialidades e limitações, com o propósito de contribuir para seu aprimoramento, visando alcançar sua finalidade principal “ser uma estratégia de reordenação do modelo assistencial brasileiro” (BRASIL, 1998).

O interesse pela atenção à saúde da família é também fruto da prática docente no Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília, na área

da saúde coletiva, especialmente na abordagem do cuidado de enfermagem no domicílio de famílias da Comunidade do Paranoá e posteriormente do Varjão.

Esta pesquisa, pois, contribuirá com a prática profissional de docentes que realizam ações de ensino, pesquisa e extensão nessa área, e também como um instrumento de reflexão sobre a realidade concreta, com possibilidade de gerar novos conhecimentos sobre a atenção à saúde das famílias e colaborar com a discussão da proposta PSF nos espaços de construção de um novo modelo de atenção do DF.

Neste estudo, preocupou-se em analisar as potencialidades e limites dos programas de atenção à saúde da família desenvolvidos no DF para contribuir com a mudança do modelo assistencial garantindo qualidade na atenção, segundo o ideário do SUS. Sendo assim, o presente estudo foi motivado pelas seguintes questões norteadoras:

- Qual o contexto político e tecnológico das propostas para a atenção à saúde da família no Distrito Federal?
- Qual a organização tecnológica do processo de trabalho e da produção desses serviços de saúde?
- Quais as potencialidades e limitações de cada proposta?
- Houve mudança do modelo assistencial?

O entendimento dessas questões é uma forma de colaborar com o delineamento do modelo político-tecnológico da atenção integral à saúde da família e indicar caminhos para sua transformação. Espera-se que o conhecimento produzido a partir desta investigação traga subsídios para fomentar a construção de um novo modelo de atenção à saúde, que amplie a qualidade dos serviços e ações em consonância com os princípios e pressupostos do SUS, e incremente novos elementos para a prática docente (ensino, pesquisa e extensão) e a reflexão sobre a prática sanitária na dimensão política e tecnológica no que tange à gestão política, à organização dos serviços e às práticas de saúde.

O PROBLEMA DA PESQUISA: O PSF COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O PSF foi apresentado pelo MS em 1994 como “.uma **estratégia** desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de atenção à saúde do país, que dá mais atenção à cura do que à prevenção de doenças”, (BRASIL, 1994).

Nessa fase inaugural do PSF, o MS tinha a expectativa de que o programa contribuísse para a organização do Sistema Local de Saúde (SILOS) como proposta assumida pelo grupo, para a mudança do modelo de atenção à saúde. Os elementos que indicavam os caminhos para a mudança do modelo sanitário eram: i) o fortalecimento do SILOS a partir da municipalização da saúde (NOB 93) e da experiência bem sucedida da implantação do PACS; e ii) a promoção da articulação do setor público estatal com outras organizações sociais. Também apresentou um conceito de saúde ampliado: como uma expressão da qualidade de vida e não apenas como cuidados médicos, coincidindo com a concepção de Singer (2002).

O processo de trabalho das equipes do PSF, segundo o MS (BRASIL, 1994) seria desenvolvido por meio de ações na comunidade e nas unidades de saúde. Na comunidade, as ações seriam de avaliação da saúde da população, visitas domiciliares, internação domiciliar, reuniões de grupo com a população para discutir os conteúdos técnicos e biológicos e a organização da sociedade. As ações desenvolvidas na unidade de saúde seriam o atendimento individual aos casos de rotina e aos grupos programados, a solicitação de exames auxiliares ao atendimento primário, o encaminhamento aos ambulatórios especializados da rede SUS, a internação hospitalar com acompanhamento da evolução dos pacientes e a remoção dos pacientes após a alta hospitalar. O PSF seria a porta de entrada da população para o SUS, segundo o documento do MS (BRASIL, 1994).

O conteúdo desse documento revelou que existia a intenção de criar uma estratégia para a mudança do modelo de assistência, porém os instrumentos e meios propostos para o processo de trabalho estavam centrados nos cuidados simplificados, mantendo a programação em saúde na

atenção básica e o trabalho cotidiano semelhante ao encontrado nos Centros de Saúde, porém executado pela equipe mínima do PSF – composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde.

A inovação proposta pelo PSF era estabelecer um vínculo e uma relação de confiança com os moradores da área de atuação e compreender o processo saúde-doença como resultante de condições sociais de vida e trabalho da população, mapeadas pela equipe durante o processo de reconhecimento da área de atuação – além de estimular a participação da população na identificação de problemas locais e definição das prioridades para a organização dos serviços.

Verificou-se pela proposta (BRASIL, 1994) que o papel da equipe do PSF seria o de interlocutora e mediadora das tensões existentes entre a população que vive em situação de risco social e epidemiológico e a sua necessidade de acesso aos serviços de saúde. Outra função da equipe do PSF era realizar a difusão dos direitos da população ao acesso universal e à integralidade da assistência. Assim, a equipe do PSF assumiu o papel político de amenizar os conflitos existentes entre os usuários e os atores sociais dos serviços de saúde, criando um momento de escuta e de interlocução entre diferentes classes sociais sob novas perspectivas de poder (PAIM, 2003; MERHY, 1993).

Merhy (1993) considerou o PSF como uma estratégia política focalizada nas áreas de extrema pobreza, para garantir mínimos necessários com a produção de serviços básicos de saúde organizados em conformidade com as normas dos programas de saúde. Concluiu que o programa nasceu com um discurso de universalidade, porém caracterizava-se ainda como "universalidade excludente", pois foi direcionado apenas para uma parte da população brasileira.

Mendes (2001) foi mais flexível em relação à focalização e à seletividade do PSF inicial, referindo que a universalização da saúde pode passar por um momento inicial de seletividade ou focalização. Nessa fase, seria considerada como um instrumento pontual, em situação provisória, da política social com perspectiva de ampliação. A mesma posição foi assumida por Viana e Dal Poz (1998).

O segundo documento do MS sobre o PSF foi publicado em 1997, com o título “Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial”. Foi uma proposta inserida no plano de governo para as ações e as metas prioritárias à saúde, assim como o PACS. Esse documento apresentou a proposta do MS para a reorganização da atenção básica mediante a implantação do PSF, contendo objetivos, estratégias, composição e atribuições das equipes, etapas de implantação, e atribuições dos três níveis do governo e a sociedade (BRASIL, 1997).

A apresentação da proposta do PSF nessa publicação foi precedida por comentários acerca da crise estrutural do setor público vivenciada pelo País no final dos anos 1990, especialmente quanto à gestão das políticas sociais e econômicas que seria responsável pela geração de “... um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos” (BRASIL, 1997). Equiparou o PSF às conquistas sociais obtidas em outros momentos históricos, fazendo referência às AIS, à Reforma Sanitária, à VIII Conferência Nacional de Saúde, SUDS, à Constituição de 1988 e às Leis 8.080 e 8.142. Assinalou que essas conquistas não foram suficientes para mudar o modelo de atenção hegemônico em que predominava o atendimento individual, hospitalar e centrado na doença e no medicamento.

Esse documento referiu que a descentralização da saúde era um dos problemas do contexto nacional limitantes para a configuração de um novo modelo de atenção: “situações contraditórias para os estados e municípios relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo” (BRASIL, 1997).

A partir desse documento, o MS passou a utilizar o discurso de que o PSF era uma possibilidade para a “reversão do modelo” assistencial vigente, tornando-se um modelo substitutivo da rede básica tradicional (BRASIL, 1997).

A alocação da equipe do PSF seria em um Centro de Saúde, que funcionaria como porta de entrada do sistema e faria o atendimento à saúde de forma diferente, “substituindo as práticas convencionais pela oferta por uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde” (BRASIL, 1997).

O processo de trabalho, no que diz respeito às atribuições dos médicos e dos enfermeiros, é acrescido de uma ação política de “discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania,

ênfatizando os direitos e as bases legais que os legitimam” (BRASIL, 1997), explicitando um componente velado nas propostas tradicionais de atenção à saúde.

Outras perspectivas do MS para o PSF foram incluídas no documento de 1997, projetando sobre ele uma gama de responsabilidade em relação ao modelo de atenção, entre elas: i) ser o poder indutor no reordenamento dos níveis de atenção; ii) catalisar outras políticas setoriais; iii) executar o planejamento local; iv) estabelecer relação de vínculo e humanização da assistência; e v) ser uma estratégia estruturante para a política de saúde.

Testa (1992) conceituou estratégia como a forma utilizada para a execução de uma política social que ainda precisa “*ganhar espaço de manobra para implementar os objetivos buscados*” (TESTA, 1992). Para esse autor, os “*objetivos buscados*” nada mais são do que uma proposta de distribuição de poder entre os agentes institucionais e sociais envolvidos na implementação da estratégia. As estratégias seriam direcionadas para a obtenção de alianças, consensos ou para o enfrentamento de lutas que debilitem o poder dos grupos que se opõem a essa política.

A estratégia do PSF mostrou sua fragilidade enquanto consenso político dentro do Estado (SILVA, 2003), entretanto revelou seu potencial em viabilizar o alcance de parte dos objetivos políticos propostos para um novo modelo de atenção e evidenciou sua função ideológica de aproximar a população e as famílias dos serviços de saúde legitimando alguns princípios e pressupostos do SUS (TESTA, 1995).

A partir de 1997, o PSF passou a receber recursos do REFORSUS alocados em dois componentes: formação e qualificação de recursos humanos (implantação dos Pólos de capacitação e Educação Permanente para o pessoal do PSF e realização de cursos de especialização e residência) e melhoria da resolutividade das Unidades Básicas de Saúde que adotaram a estratégia de saúde da família (equipamentos de apoio ao diagnóstico, de informática, audiovisual e mobiliário). Esse recurso foi proveniente do empréstimo feito pelo governo brasileiro ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em 1996, com o objetivo de recuperar a rede física de saúde do País (SUS) e melhorar a gestão do sistema nacional de saúde (SILVA, 2003).

O estudo de Silva (2003) caracterizou o PSF no período de 1994-1997 como etapa de formulação da proposta com posição marginal dentro do MS; foi um período de busca de aliados para dar visibilidade e sustentabilidade à proposta. Um aliado de fundamental importância para o PSF nesse período foi o UNICEF, que, além de financiar, apoiou politicamente a implementação estratégica. A expansão do PSF no Brasil deu-se depois da promulgação da Norma Operacional Básica 96 e do estabelecimento do Piso de Atenção Básica em 1998 e 1999. A estratégia PSF ganhou espaço para o alcance de seus objetivos e se consolidou no período de 1999-2002, devido à atuação técnica e política do Gerente Central do Programa, à decisão política do ministro da Saúde em priorizar o PSF e à sustentabilidade dada ao PSF pelas outras ações políticas direcionadas ao avanço do processo de municipalização da saúde (SILVA, 2003).

Ainda que a estratégia de saúde da família tenha se configurado como uma política de saúde para reverter o modelo de atenção, alguns problemas permanecem: definição do objeto de seu processo de trabalho, discussão e definição da finalidade e dos instrumentos/meios do processo de trabalho que seriam utilizados para a produção de serviços de saúde que possam reverter o modelo de atenção do país considerando as práticas de saúde existentes no sistema de saúde brasileiro.

A visão da família no PSF ainda é fragmentada em seus componentes, e os serviços também são organizados sob essa óptica, estabelecendo um cardápio de ações direcionadas para cada faixa etária e/o problema de saúde, impossibilitando, por exemplo, que a família estabeleça um dia para fazer o controle de rotina de todos seus componentes, porque nesse dia e hora está previsto um tipo específico de atendimento na unidade, que é apropriado apenas para um dos componentes.

Se o objeto de trabalho do PSF é a família, a demanda por serviços de saúde e as necessidades de saúde também são da família, e não de cada um dos seus componentes, que integram o rol de ações individuais que atualmente predomina nos serviços. E se as necessidades da família exigem um trabalho conjunto de profissionais com diferentes saberes, estes deveriam estar juntos no momento de abordar aquela família que se deslocou até a unidade ou que foi visitada rotineiramente.

Quando a família toda passa a procurar os serviços de atenção básica como porta de entrada do sistema público, ela se constitui em uma demanda social que requer a intervenção de políticas sociais. Nesse caso específico, requer a execução de políticas públicas porque deixou de ser uma necessidade e passou a ser uma demanda da sociedade. Esse fenômeno foi denominado por Fleury (2006) de "questão social", que surge quando "um problema que emerge na arena política a partir da transformação de necessidades em demandas" Assim, a saúde da família passaria a ser uma questão social para o Estado, o qual mobilizaria recursos financeiros, técnicos e políticos para solucioná-la.

O PSF tem potencialidade para mudar o modelo de atenção desde que esteja efetivamente integrado e articulado com outros processos de mudança na rede de serviços de saúde e deixe de ser um programa paralelo. Para isso ocorrer, há que se ter uma definição política e técnica para sua consolidação (TEIXEIRA, 2003).

Giovannella, Escorel e Mendonça (2003) avaliaram que, na maior parte dos municípios, as Unidades de Saúde da Família ainda não se tornaram porta de entrada de um sistema de atenção à saúde integrada. Em alguns municípios, o PSF atuou como programa paralelo à atenção básica tradicional; o horário de atendimento nas unidades do PSF poderia ser um dificultador para a população buscar serviços; e havia problemas no sistema de referência e contra-referência.

Schimith e Lima (2004) concluíram que a organização do processo de trabalho do PSF é baseada em ações programáticas, portanto conservou o modelo tradicional. Como potencialidades para mudança do modelo, identificaram duas características da proposta do modelo de vigilância à saúde que estão presentes no PSF: a base territorial e a população adscrita.

Entretanto, no Brasil, a estratégia saúde da família nasceu com o objetivo de conversão do modelo de atenção à saúde via atenção básica, proporcionando a inclusão social e o compromisso com a integralidade, a universalidade e a equidade na atenção e como um catalisador da transformação da assistência nos demais níveis de atenção.

Desse modo, o PSF apresentou-se como uma iniciativa contra-hegemônica ao modelo de atenção à saúde centrado no hospital, no médico,

na doença e no medicamento. Proposição ousada, porque dependente da correlação de forças dos atores e contextos que são construídos no tecido social e político de implantação da proposta; e complexa, pois envolve novos saberes, instrumentos – com a re-capacitação dos profissionais – e a construção de um arcabouço jurídico operacional que dê sustentabilidade institucional ao processo.

O processo de municipalização da saúde desenvolvido no país, criou um espaço favorável ao surgimento de um encarte diversificado de alternativas para o enfrentamento do modelo de atenção hegemônico. Assim, os modos de fazer a saúde pública, também sofreram transformações e agregaram inovações pautadas em diferentes posições políticas, ideológicas e historicamente construídas em cada local, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde numa conjuntura em que o orçamento é restrito.

Paim (2003) incluiu o PSF como uma das experiências alternativas de mudança do modelo de atenção à saúde e fortalecimento do SUS, assim como as Ações Programáticas, o Acolhimento, a Vigilância à Saúde, as Cidades Saudáveis e a Promoção da Saúde.

Contudo, alguns problemas permanecem: sua incipiente institucionalização, a descontinuidade e o rompimento de vínculo, o financiamento, as formas de contratação dos profissionais, a pouca austeridade em relação aos demais níveis de atenção, a pouca integração com os serviços de atenção básica, a falta de profissionais capacitados para implementar um novo modelo de atenção, o desenvolvimento de tecnologias apropriadas para o trabalho, a concepção de saúde predominante na população sobre o paradigma biomédico, as disputas de poder nos cenários de desenvolvimento de modelos de atenção hegemônicos e contra-hegemônicos, a dimensão superestimada do poder transformador depositada na estratégia da saúde da família e o conhecimento restrito dos trabalhadores desse nível de atenção sobre sua atuação frente ao processo de produção da saúde.

OBJETIVOS

Geral

Analisar o modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família no Distrito Federal no período de 1997 a 2006, buscando compreender as especificidades de cada proposta, bem como as potencialidades e limitações para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Específicos

- a) Descrever o contexto sócio-histórico de implantação do PSF/DF.
- b) Verificar o processo de gestão política da atenção à saúde da família.
- c) Conhecer a organização dos serviços de atenção à saúde da família.
- d)** Caracterizar as práticas de saúde desenvolvidas e sua relação com as demais práticas de atenção básica.

CAPÍTULO I – CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DO PSF

1.1. O CONTEXTO NACIONAL DO SURGIMENTO DO PSF

Nos anos 1980 e 1990, evidenciou-se o movimento de globalização mundial marcado por políticas de organização da economia e da sociedade, ordenadas pela idéia do Estado mínimo e pelo projeto neoliberal que se expandiram dos países centrais para os periféricos, com patrocínio das organizações financiadoras internacionais, como o Banco Interamericano (BID) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

A atenção à saúde como integrante do setor de serviços apresenta especificidades em sua produção, entretanto compartilha características semelhantes ao processo de produção capitalista dos demais setores da economia. Os serviços de saúde são submetidos aos processos de privatização, terceirização, flexibilização e precarização do trabalho, visando reduzir a participação do Estado e suas responsabilidades sociais enquanto poder público (CAMPOS, 1991; ALMEIDA, 1999).

O sistema de saúde brasileiro agrega uma rede de assistência suplementar privada, ou seja, o Sistema de Assistência Médica Suplementar do Brasil, composto por quatro modalidades assistenciais, denominados de planos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde. Esses serviços suplementares do sistema de saúde são fiscalizados pelo governo federal a desde 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia especial vinculada ao MS (PAIM, 2006).

Apesar de o setor privado da saúde ter como objetivo o restabelecimento da saúde dos compradores de serviços e de planos de saúde, adota a orientação mercadológica do capitalismo competitivo quanto à organização do trabalho em saúde e à distribuição e ao consumo de produtos, visando o lucro (PAIM, 2006). Assim, o serviço suplementar de saúde reflete as tendências atuais do capitalismo discutidas acima, aproximando-se do paradigma neoliberalista de mercado. A saúde e os serviços de saúde tornam-se

mercadorias para o consumo da população que possui condições financeiras para a sua compra.

Entretanto, para o setor público, a saúde "é um direito de todos e um dever do Estado" sob o ponto de vista jurídico (BRASIL, 1988). As instituições públicas produtoras das ações de saúde são submetidas ao paradigma do estado social-liberal (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2006), seguindo concepções distintas sobre economia da saúde, políticas públicas de saúde, relações de poder, intencionalidade dos atores desse cenário (NOGUEIRA; NUNES, 1993).

Por sua vez, o provimento de serviços de saúde para a população baseado no modelo hegemônico biomédico, centrado no atendimento hospitalar, no tratamento de doenças e na medicalização, tem acarretado exorbitantes custos ao estado ao privilegiar o consumo crescente de tecnologia para o diagnóstico e a terapêutica, com baixa resolutividade e forte desigualdade de acesso da população aos serviços e ações sanitárias (PAIM, 2003; MERHY, 2003; CAMPOS, 1991; TEIXEIRA, 1989; GARCIA, 1989). O sistema de saúde e o modelo assistencial brasileiro revelaram suas fragilidades e a necessidade de mudança por meio do movimento de reforma sanitária e da participação popular e culminou na proposta de reforma constitucional para o País, desencadeando as discussões democráticas ocorridas durante a Constituinte no ano de 1987.

As tendências internacionais sobre a globalização e o neoliberalismo chegaram ao Brasil no momento de consolidação da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e da construção do novo arcabouço jurídico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), quando declarou que "saúde é direito de todos e dever do estado", consubstanciou a idéia de cidadania e da responsabilidade do Estado com as políticas públicas. O SUS foi aprovado com os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização e participação popular, reforçando a vitória de um movimento contra-hegemônico ao neoliberalismo de mercado.

Posteriormente, foram promulgadas a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) e a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), que regulamentaram as diretrizes do sistema de saúde

e do novo modelo assistencial. A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, visando assegurar a aceção anterior de política pública de estado.

Esse momento histórico da saúde no Brasil caracterizou-se por um embate político entre a proposta internacional para a saúde dos povos direcionada para a redução do Estado e das políticas sociais, e a vitória do Movimento de Reforma Sanitária, com a conquista do SUS e seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e do controle social discutido desde os anos 1970 (BERLINGUER, 1988; TEIXEIRA, 1989; RODRIGUEZ NETO, 1991; CAMPOS, 1991). Internamente, esse embate esteve presente na discussão democrática e coletiva da legislação sanitária caracterizado pela disputa de propostas divergentes que resultou na aprovação de um sistema de saúde suplementar ao SUS.

Para Mendes (1993), a Constituinte foi um espaço democrático de negociação permanente, em etapas, com a atuação de um núcleo de congressistas que apoiaram o projeto de reforma sanitária do País, possibilitando a aprovação da nova carta magna, que reflete a manutenção da luta política entre o projeto neoliberal e o da reforma sanitária: “incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretivas extraídas da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional referida pela reforma sanitária” (MENDES, 1993).

Para compreender as construções jurídicas que se sucederam à promulgação da nova constituição, incorporando os pressupostos do SUS, Duarte (2000) analisou as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e afirmou que elas permitiram a avaliação dos desenhos do sistema de saúde quanto ao progresso e/ou retrocesso da equidade e suas conseqüências sobre os níveis de saúde da população.

A NOB 91 (BRASIL, 1991) criou a figura dos estados e municípios habilitados ao recebimento de transferências – repasses de verbas federais – e

determinados estímulos fiscais. Segundo Duarte (2002), foi um catalisador do processo de municipalização da saúde e um primeiro dispositivo para a regulação do repasse de verbas.

Para Duarte (2000), a NOB 93 (BRASIL, 1993) definiu com mais clareza os critérios e os processos de enquadramento de estados e municípios habilitados e criou três níveis de gestão: i) incipiente, no qual os pagamentos são efetuados pela esfera federal diretamente às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas; ii) parcial, em que o município recebe mensalmente a diferença de recursos correspondentes ao teto financeiro estabelecido, e o pagamento é efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais; e iii) semiplena, em que o total de recursos financeiros para custeio corresponde ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido e é recebido antecipadamente pelos municípios, que o administram com mais liberdade.

Porto (1994) identificou três problemas durante a implementação das NOB 91 e 93: o primeiro problema foi decorrente do fato de que o setor público e o setor privado receberem o repasse de verbas calculado na remuneração por serviços prestados sem distinção da demanda e das características referentes à autonomia administrativa de cada um deles; o segundo foi que a grande maioria dos municípios permaneceu na condição de gestão incipiente; e o terceiro problema foi que os principais fluxos de recursos existentes eram para o financiamento das atividades hospitalares e ambulatoriais.

Desse modo, as NOB 91 e 93 ainda não se constituíam em mecanismos para incrementar a atenção básica e a expansão da cobertura universal da saúde e não eram suficientes para caracterizar um modelo de atenção pautado nas realidades locais de saúde, considerando as diferenças e as desigualdades do perfil populacional (PORTO, 1994).

A NOB 96 (BRASIL, 1996a) criou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), que atuariam junto com os Conselhos de Saúde na elaboração, na negociação e na decisão sobre propostas para a implementação e operacionalização do SUS, de modo técnico, político e econômico. Essa norma reduziu as condições de gestão a duas modalidades tanto para os municípios (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal) como para os estados (Avançada do Sistema Estadual e

Plena do Sistema Estadual). Introduziu a Programação Pactuada Integrada (PPI) para fortalecer a integração entre os três níveis do sistema de saúde. Duarte (2000) considerou a PPI como “o grande instrumento de promoção da equidade assumida pela NOB 96”. Foi a partir da NOB/96 que se estabeleceram as regras para a avaliação do risco epidemiológico das populações desiguais e os incentivos para o desenvolvimento de programas estratégicos, como os de saúde da família (PSF) e dos agentes comunitários da saúde (PACS).

A Constituição de 1988, as Leis 8.080 e 8.142 foram conquistas do movimento de Reforma Sanitária no País, no qual predominou a busca pela democracia. A legislação da saúde garantiu a universalização da saúde como direito de todos e dever do Estado e a descentralização político-administrativa – fortalecendo o poder local com o processo de municipalização e participação da população no controle social. Desse modo, caracteriza-se como uma política pública setorial que visa diminuir as desigualdades sociais e ampliar o papel e a responsabilidade do Estado em prover os serviços e ações necessários à demanda da população. Essa posição da saúde foi implantada em um contexto altamente desfavorável, pois a prioridade do governo era a estabilização da moeda, a redução do Estado e dos gastos públicos compatível com o pensamento liberal hegemônico que se preocupava em realizar intervenções mínimas focalizadas nos grupos mais vulneráveis (TEIXEIRA, 2003).

Assim, o contexto nacional de criação do PSF como programa/estratégia do MS nasceu em um cenário de oportunidades e dificuldades, em momento de tensão histórica entre os projetos de modernização liberal-capitalista (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2006).

1.2. O CONTEXTO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL E O PSF

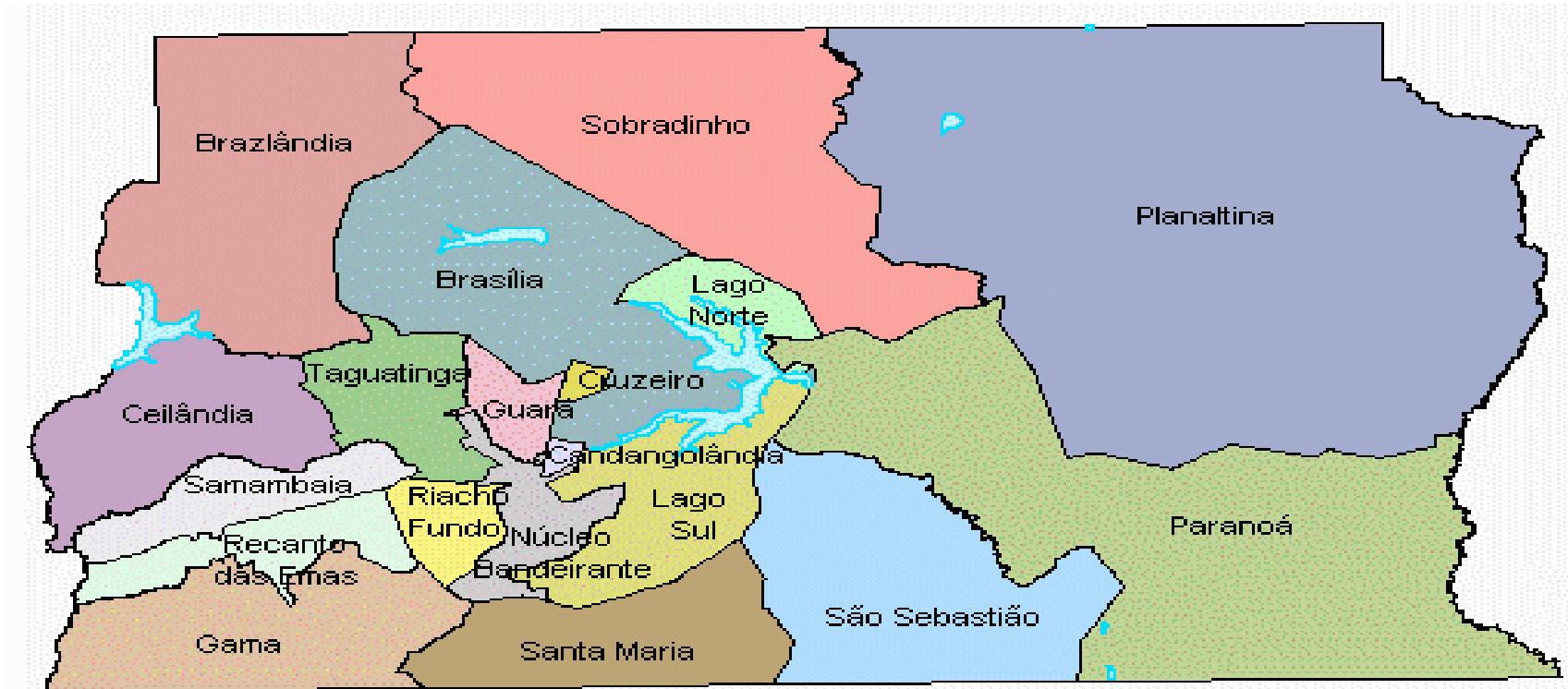
1.2.1. O DISTRITO FEDERAL COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO DA SAÚDE

O Distrito Federal (DF) é constituído pela cidade de Brasília, capital da República Federativa do Brasil (LO/DF, 2007, Art. 6º), onde se situa o Plano Piloto (Asa Norte e Asa Sul) e as regiões denominadas de Lago Sul e Lago Norte. Ao redor desse núcleo, Plano Piloto e Lagos, estão situadas as "cidades-satélites" que fazem parte da área geográfica do DF, composto por 26 Regiões Administrativas (RA), conforme Figura 1. As 26 RA do DF integram sua estrutura administrativa (LO/DF, 2007: Art. 11), mas não possuem autonomia financeira. O Administrador Regional é indicado pelo Governador e tem a função de planejar e executar a gestão regional seguindo o orçamento aprovado no Plano Plurianual do DF.

Em 2006 o DF era dividido em 15 Regionais de Saúde (RS): Asa Norte, Asa Sul, Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Sobradinho, Planaltina, Guará, Gama, Paranoá, Samambaia, Núcleo Bandeirante (inclui Candangolândia e Riacho Fundo), Santa Maria, São Sebastião e Recanto das Emas, conforme demonstra a figura 2. Dessas apenas três não possuem hospital regional: Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas e São Sebastião, sendo que nessa última existe uma unidade mista com leitos hospitalares para o atendimento ao parto.

O DF possui uma rede de serviços de saúde hierarquizada e regionalizada desde os anos 1970 e um Conselho Distrital de Saúde composto por representantes dos usuários, gestores e prestadores de serviços e profissionais da saúde.

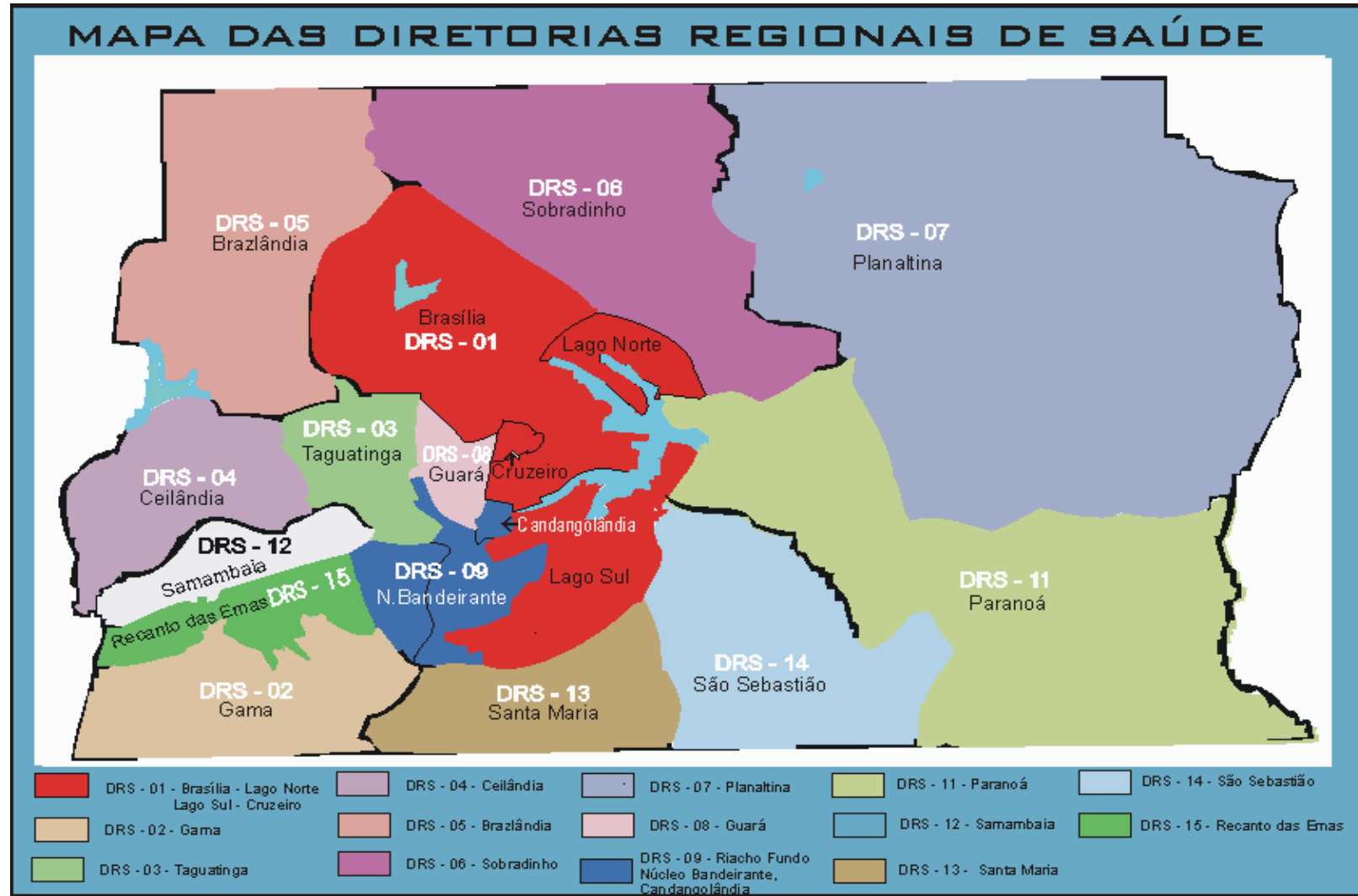
Figura 1 – Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal – 2006



Região Administrativa I	Plano Piloto	Região Administrativa X	Guará	Região Administrativa XIX	Candangolândia
Região Administrativa II	Gama	Região Administrativa XI	Cruzeiro	Região Administrativa XX	Águas Claras ⁽¹⁾
Região Administrativa III	Taguatinga	Região Administrativa XII	Samambaia	Região Administrativa XXI	Riacho Fundo II ⁽¹⁾
Região Administrativa IV	Brazlândia	Região Administrativa XIII	Santa Maria	Região Administrativa XXII	Sudoeste/Octogonal ⁽¹⁾
Região Administrativa V	Sobradinho	Região Administrativa XIV	São Sebastião	Região Administrativa XXIII	Varjão ⁽¹⁾
Região Administrativa VI	Planaltina	Região Administrativa XV	Recanto das Emas	Região Administrativa XXIV	Park Way ⁽²⁾
Região Administrativa VII	Paranoá	Região Administrativa XVI	Lago Sul	Região Administrativa XXV	Setor Compl. Industria e Abastecimento ⁽³⁾
Região Administrativa VIII	N. Bandeirante	Região Administrativa XVII	Riacho Fundo	Região Administrativa XXVI	Sobradinho II ⁽⁴⁾
Região Administrativa IX	Ceilândia	Região Administrativa XVIII	Lago Norte		

Regiões Administrativas criadas pela ⁽¹⁾ Lei nº 3.153, de 06/05/03; ⁽²⁾ Lei nº 3.255, de 29/12/03; ⁽³⁾ Lei nº 3.315, de 27/01/04 e ⁽⁴⁾ Lei nº 3.314, de 27/01/04, respectivamente.

Figura 2 – Mapa das Regionais de Saúde da SES/DF, com as Diretorias Regionais de Saúde – 2006



Para a SES/DF, o representante máximo de cada regional de saúde é o Diretor da Regional de Saúde, entretanto a ele não são atribuídas às funções e responsabilidades de um Secretário Municipal de Saúde como nos municípios dos estados do País.

O DF recebe privilégios financeiros, quando comparado aos demais estados do país, por ser a capital federal, esses são designados para custear a segurança pública, o ensino e a saúde com recursos diretos do governo federal.

1.2.2. O SISTEMA DE SAÚDE DO DF

A história do sistema de saúde do DF e de seu modelo de atenção é apresentada em três períodos: o primeiro tem como marco inicial a elaboração do "Plano Bandeira de Mello", em 1959, para a saúde da nova capital do País; o segundo período analisa a expansão da atenção primária à saúde com a implantação do "Plano Frejat"; e o terceiro período trata das mudanças ocorridas após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1993 e o início do PSF.

1.2.2.1. Primeiro período: criação do Sistema de Saúde

Com a construção da nova Capital Federal em 1960, foi elaborado o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, por Henrique Bandeira de Mello, em 1959. Seu objetivo era evitar a duplicidade de serviços que se revelava um problema nacional e implementar uma medicina racionalizada e eficiente.

A urgência da implantação do plano de saúde devia-se à confluência de trabalhadores vindos de vários estados do País, para construir a cidade. Nesse momento, priorizou-se a construção de um hospital de emergência onde é atualmente o Hospital de Base. Foram criados diversos serviços do MS para atender as endemias rurais, doenças "infecto-contagiosas" como lepra, tuberculose e DST, acrescidos do Departamento de Saúde da NOVACAP, encarregado dos exames periódicos de saúde e da vacinação em massa da população residente.

O modelo de atenção priorizou a assistência hospitalar devido ao isolamento da capital e aos freqüentes acidentes de trabalho da construção civil. Por outro lado, medidas sanitárias foram executadas para higienizar o grande canteiro de obras que apresentava uma complexidade de problemas de saúde em decorrência da origem dos trabalhadores, dos tipos de ambientes de trabalho insalubres e da degradação do ambiente natural (cerrado), que estava sendo povoado com intenso fluxo populacional,

O plano previa a direção única dos serviços de saúde responsáveis pelo cuidado de “todo e qualquer problema local”, garantindo a “integração das atividades médico-sanitárias”. Nele estava prevista a centralização da orientação técnica e a descentralização dos serviços executivos. Desse modo, o plano original considerava que “o habitante de Brasília representava o ponto de convergência do sistema assistencial” de saúde (BANDEIRA DE MELLO, 1959). Ao “município”, deveria ser dispensado “em alto grau de eficiência uma assistência médico-hospitalar” com comando único contendo todas as ações e serviços de forma integrada.

Destaca-se aí um componente de territorialidade para a atenção à saúde, mas dentro de um modelo de assistência médico-hospitalar com serviços públicos e atendimento universal, sob o comando único da “Municipalidade de Brasília”. Observa-se uma inovação na proposta para Brasília quando comparada à organização do sistema de saúde do país e aos modelos de atenção predominantes.

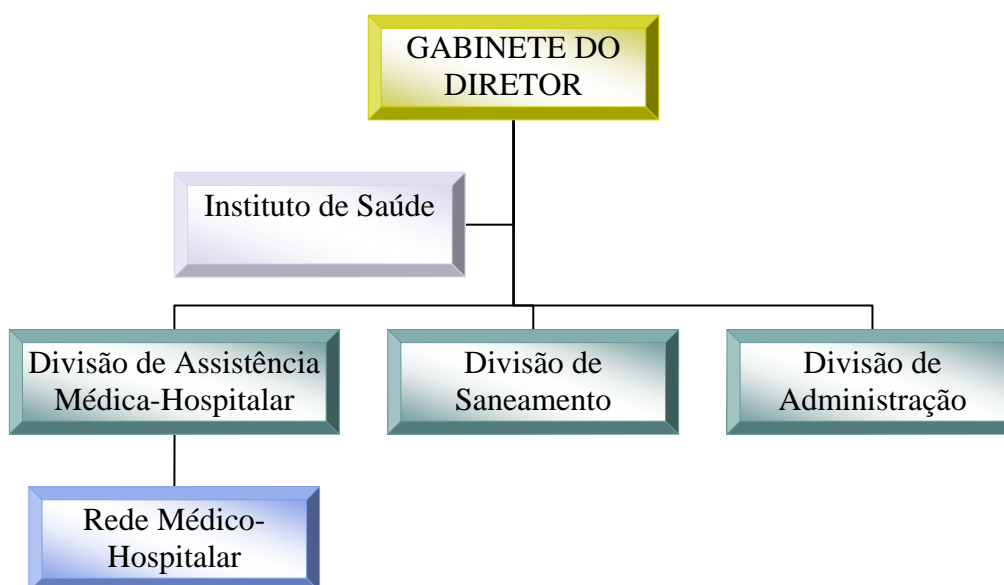
As idéias de comando único para o sistema de saúde do DF e das ações de saúde pública (medidas sanitárias) inseridas na produção dos serviços caracterizou a implantação de um modelo médico-sanitário cujas raízes estavam assentadas no ideário do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que foi estruturado no País à época, mediante a celebração de um convênio assinado em 1942 entre o governo americano e o brasileiro (MERHY, 2006).

Segundo Merhy (2006), o modelo médico-sanitário utilizado e difundido pela SESP tinha respaldo teórico na concepção teórica da História Natural da Doença de Leavell e Clark (1976). Os serviços do SESP foram concebidos, segundo Merhy (2006), como os elementos estratégicos do modelo de atenção, não só pela diferença da complexidade das ações desenvolvidas, como pela questão dos custos, e indiretamente como uma forma de minimizar o conflito entre médicos e sanitaristas.

Nos anos 1950 e 1960, houve uma grande disputa de poder entre os médicos e os sanitaristas no que tange ao modelo de atenção e às práticas de saúde a partir da matriz "médico-sanitária" difundida pelo SESP. Merhy (2006) considerou essa disputa como um marco referencial para as duas posições doutrinárias que emergiram na saúde: entre a cura e a prevenção, entre a oferta de mais serviços hospitalares e o investimento em melhores condições de gerais de vida.

O autor do plano de saúde para Brasília reconheceu formalmente a colaboração recebida pelo SESP, por intermédio dos Drs. Henrique Maia Penido e Nelson Luiz de Araújo Moraes, no documento (BANDEIRA DE MELLO, 1959), revelando sua afinidade com as propostas do SESP e com o grupo de médicos que defendiam a saúde pública e o modelo médico-sanitário da época. A gestão do sistema de saúde do DF proposta por Bandeira de Mello (1959) teve a seguinte composição: Gabinete do Diretor Geral, Instituto de Saúde, Divisão de Assistência Médico-Hospitalar, Divisão de Saneamento, Divisão de Administração e Rede Médico-Hospitalar, que pode ser visualizada na figura 3:

Figura 3 – Organograma da SES/DF no Plano Bandeira de Mello – 1959



A estrutura da rede de serviços de saúde do DF teria a configuração piramidal com níveis de atendimento de complexidades crescentes, regionalizadas e hierarquizadas. A rede de serviços atenderia uma população de 500.000 habitantes com as seguintes unidades: Hospital de Base, dez Hospitais Distritais, Hospitais Rurais com 20 Unidades-Satélites que poderiam se fixas ou móveis e seriam construídas de acordo com o aumento da população e a ocupação dos espaços

geográficos da cidade (BANDEIRA DE MELLO, 1959). Previa a existência de uma Colônia Hospitalar contendo um Hospital de Doenças, um Hospital de Crônicos, um Hospital de Convalescentes, um Hospital de Tuberculose e a Casa de Enfermagem (onde os pacientes após a recuperação da crise aguda receberiam os cuidados de higiene, alimentação e repouso). Também incluía o Centro de Reabilitação e Medicina Física.

O Hospital de Base (HB) seria o primeiro componente da rede assistencial de saúde de Brasília, com a finalidade de dispensar assistência especializada, ser o órgão central de controle das ações médicas e de saúde pública, desenvolver pesquisas, formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar. Os Hospitais Distritais (HD) atenderiam a população regional com ações de saúde pública, atendimentos de casos de rotina médico-cirúrgica, obstétrica, de emergência e de medicina preventiva. Os Hospitais Rurais (HR) seriam o terceiro componente dessa cadeia, agindo como um posto avançado entre os Hospitais Distritais e as Unidades Satélites e teriam o propósito de vigilância médico-sanitária, agindo nas pequenas construções populacionais em torno do HR com atendimento nas clínicas de medicina geral, dermatologia, pediatria, tuberculose, odontoclínica e pré-natal, dispensando atendimentos de enfermagem em saúde pública, vacinação, engenharia sanitária, endemias rurais, curativos e colheita de material de laboratório. Tanto os Hospitais Distritais (HD) como os Hospitais Rurais (HR) teriam sua Unidade de Saúde Pública com os diversos serviços de atenção primária

As Unidades-Satélites (fixas ou móveis) teriam a função de penetração com o propósito de vigilância médico-sanitária em pequenas construções populacionais, dispensando assistência em vigilância da saúde individual e coletiva.

As diretrizes propostas por Bandeira de Mello (1959) para garantir a integração do sistema de saúde eram:

- evitar estruturas independentes encarregadas das campanhas sanitárias e de outras atividades de saneamento e higiene industrial;
- incorporar, no serviço único, todas as funções de melhoria da saúde, particularmente as atividades de higiene materno-infantil e do serviço médico escolar; e
- unificar todas as atividades públicas de assistência médica realizadas nos hospitais e consultórios criados pela comunidade por meio do Instituto da Previdência Social sem a separação entre curativo e preventivo.

Entretanto, o plano original foi descumprido em 1961, quando houve a construção do Hospital de Forças Armadas, a venda de uma das estruturas hospitalares de Brasília para o IPASE, a ocupação de alguns lotes planejados para a construção de unidades da rede por instalações da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o empréstimo do Hospital Distrital de Sobradinho à UnB, em 1962, tornando-se a Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, que desenvolvia ações de promoção e prevenção articuladas com ações de tratamento e reabilitação da doença da população adstrita (SILVA, 1967).

A Unidade Integrada de Sobradinho realizava práticas de saúde baseadas no saber clínico e epidemiológico. A organização dos serviços previa o acompanhamento da saúde da população com ações de natureza comunitária, campanhas, educação para a saúde e visita domiciliar além dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares nas clínicas básicas (SILVA, 1967). Verifica-se nessa unidade o desenvolvimento de um modelo de atenção de base territorial, utilizando a visita domiciliar como instrumento do processo de trabalho e ações centradas na comunidade, tanto para o atendimento domiciliar, como para o ambulatorial e o hospitalar. Esses elementos coincidem com a maioria dos critérios utilizados por Starfield (2004) para avaliar a atenção primária, o que demonstrou um potencial para desenvolver um modelo de atenção diferente do médico-hospitalar que era predominante no Brasil da época

No Plano de Geral da Rede Assistencial de Brasília, existia a proposta da criação de um Conselho de Saúde composto por representantes da população e do serviço com função de apontar diretrizes e acompanhar e avaliar os serviços sanitários (BANDEIRA DE MELLO, 1959). Esse conselho foi aprovado por decreto presidencial em 21 de março de 1960 e vigorou por dois meses, sendo substituído pelo Conselho Deliberativo da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), criada no mesmo ano, alterando, assim, seu objetivo precípua e sua composição originária.

A FHDF foi criada pelo Decreto 48.298, de 17 de junho de 1960, referendado pelo Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira e pelo Ministro da Saúde Mário Pinotti com a finalidade de "prestar assistência médico-hospitalar à população da capital da República" (SILVA, 2000). Esse decreto dispôs sobre o critério de constituição do novo conselho: "... ficando reservado ao governo federal indicar a metade dos membros efetivos e suplentes, os quais, com exceção do presidente da

Fundação, terão mandato de prazo certo". Assim, o Conselho Deliberativo da FHDF era presidido pelo Secretário de Saúde e composto por três membros efetivos e três suplentes indicados pelo MS e pelo prefeito de Brasília na mesma proporção (SILVA, 2000); não havia a representatividade da população.

Verifica-se que houve a intenção inicial de submeter o setor saúde ao controle social, entretanto essa idéia foi substituída por um Conselho Deliberativo da FHDF como uma instância burocrática de poder para a administração da fundação sem a participação da população.

Após a posse do Presidente Jânio Quadros, em janeiro de 1961 “praticamente toda a equipe que organizou o Plano de Saúde de Brasília foi substituída por médicos estranhos a Brasília, os quais não compreenderam a filosofia do plano moderno e revolucionário posto em prática” (SILVA, 2000).

Em agosto de 1961, com a renúncia de Jânio Quadros da presidência, assumiu o Sr. João Goulart, que nomeou o novo Prefeito de Brasília e o novo Secretário de Saúde. Em 1964, a saúde do DF foi administrada pelo interventor, Tenente Coronel Ivan de Souza Mendes e posteriormente Secretário de Saúde. Durante sua gestão, houve a modificação do Regimento Interno da FHDF, a manutenção do pró-labore dos médicos para acabar com a greve da categoria e a abriu-se o precedente para a criação de serviços privados de saúde. Silva (2000) referiu que esse gestor enfrentou

a greve dos médicos que começou a eclodir no DF e criou uma associação onde nasceu a atual Casa de Saúde e Clínica Santa Lúcia, abrindo caminho para todos os demais hospitais particulares. (SIVA, 2000)

Em 1967 um dos conselheiros defendeu a volta da proposta inicial de Bandeira de Mello para o Conselho de Saúde do DF em substituição ao Conselho Deliberativo da FHDF vigente, assim como a escolha do Secretário de Saúde mediante lista tríplice indicada pelos conselheiros (SILVA, 1967): "... a participação direta da população nos problemas comuns da comunidade, devendo o Secretário de Saúde de Brasília ser escolhido de uma lista tríplice indicada pelo Conselho"..Contudo, não houve mudança no Conselho Deliberativo da FHDF e nem na escolha do Secretário de Saúde.

Em 1967, a rede de serviços públicos de saúde de Brasília era composta por 48 unidades, sendo seis da FHDF – Hospital de Base, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional da L2 Sul, Unidade Sanitária da W3 Sul, Posto Médico de

Planaltina e Posto Médico de Brazlândia –, duas unidades do IAPI – Hospital JK e Carteira de Acidentes de Trabalho –, cinco unidades Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMDU/INAMPS) – Taguatinga, Gama, Sobradinho, Planaltina e Núcleo Bandeirante –, um hospital da Fundação Pioneiras Sociais – Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek –, um Hospital da FHDF com concessão para a UnB – Unidade Integrada de Sobradinho –, dois hospitais filantrópicos – Hospital São Vicente de Paula e isolamento Tamboril –, três hospitais militares – Hospital e Posto Médico do Exército, Posto Médico da Marinha e Hospital e Posto Médico da Aeronáutica – e 28 serviços médicos e ambulatoriais diversos (HILDEBRAND, 1994). Há que se reconhecer a amplitude da rede de saúde de Brasília com a predominância de serviços públicos de diferentes naturezas em detrimento de serviços privados, que só no final dos anos 1970 e no início dos anos 1980 começam a surgir.

Em 1969, a saúde do DF foi contemplada com um diagnóstico feito pela CODEPLAN e SES/DF utilizando a Tecnologia de Programação do Setor Público aplicada à Saúde e a metodologia CENDES/OPAS marcando o empenho em se utilizarem instrumentos contemporâneos e inovadores para o planejamento em saúde (GDF/SES, 1970). A metodologia CENDES/OPAS de programação local consistia no diagnóstico da capacidade instalada, recursos humanos e composição dos gastos em saúde que são articulados com os indicadores de morbidade e mortalidade populacional do local, identificando, assim, os fatores condicionantes do nível de saúde que podem sofrer ações governamentais visando modificar o quadro "nosológico" da população (GDF/CODEPLAN, 1970).

Paim (1983) considerou a metodologia CENDES/OPAS como o primeiro momento da utilização do planejamento em saúde na América Latina, denominado de período de "elaboração" do planejamento na gestão pública. Merhy (2006) referiu que a CENDES/OPAS foi a primeira iniciativa de planejamento normativo que discutiu um modelo tecnoassistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde para atender as necessidades epidemiológicas e adequar "custos e benefícios, de acordo com os recursos existentes e a tecnologia disponível."

A metodologia CENDES/OPAS revelou que no DF em 1969 havia uma proliferação indiscriminada de serviços de saúde, e a existência de duplicidade de atividades de saúde desenvolvidas por diferentes órgãos (GDF/CODEPLAN, 1970).

Os motivos para o acelerado crescimento das instituições privadas na saúde do DF, apresentados pelo diagnóstico CENDES/OPAS, foram o insuficiente incremento dos recursos para custear os serviços públicos que não atendiam a crescente demanda de uma população em franco crescimento e a política do INPS de delegar à esfera privada a prestação de serviços de seus segurados (HILDEBRAND, 1994).

Também foram apontados nesse diagnóstico, problemas relacionados à falta de pessoal preparado para assumir atividades de planejamento e execução dos serviços, dupla e/ou tripla jornada de trabalho entre os médicos da FHDF e sua inserção no serviço privado, no INPS e no IPASE; que havia o descumprimento da exigência de apresentação de comprovante de pós-graduação para os ocupantes de cargos e funções de gerência e coordenação nas instituições de saúde (HILDEBRAND, 1994:). A expansão de unidades privadas no DF também foi impulsionada pela iniciativa do governo federal em 1968 de financiar a fundo perdido a construção de hospitais particulares visando aumentar o número de leitos para o atendimento dos trabalhadores inscritos na previdência social. Esse incentivo financeiro da Caixa Econômica Federal de Brasília, vigente no período de 1968 a 1970, contribuiu para a proliferação dos hospitais e ambulatórios privados na rede de saúde de Brasília (CURY, 1967).

A expansão da rede privada e a ampliação dos convênios dos órgãos públicos com os hospitais particulares em Brasília coincidiram com o fenômeno nacional ocorrido nos anos 1970 e 1980 estudados por Oliveira e Teixeira (1986), Luz (1982; 1991), Mendes (1993) e Cohn e Elias (1996), porém em menor escala.

Em 1966, o governo federal unificou todos os Institutos de Pensões e Aposentadorias (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a atender os trabalhadores do comércio, dos serviços e da indústria nas questões de aposentadoria, pensão e assistência à saúde, sem nenhum tipo de fiscalização por parte do governo (MENDES, 1993; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). A finalidade do atendimento previdenciário era garantir a saúde dos trabalhadores para que houvesse o desenvolvimento econômico e social do País. A força de trabalho teria seu atendimento de saúde como corpos produtivos, segundo (LAURELL; NORIEGA, 1989). O modelo de atenção produzido a partir da unificação dos institutos no INPS privilegiou a prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; criou um complexo médico-assistencial pela intervenção estatal e desenvolveu a lucratividade no setor saúde Oliveira e Teixeira

(1986). Concordando com essa opinião, Mendes (1993) considerou a criação do INPS como um "um fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privativista."

Em oposição à tendência dominante de privatização da saúde no País e no DF, na década de 1970, em Planaltina, houve o desenvolvimento do "Programa Integrado a Nível Periférico com Ênfase em Saúde Familiar", com a participação da SES/DF, Universidade de Brasília e Secretaria de Serviço Social do GDF durante os anos de 1974 a 1978, conforme Barbosa (1981).

Segundo Campos, Costa, Echer (1998) e Barbosa (1981), os graduandos da FS/UnB, juntamente com um enfermeiro, um assistente social e auxiliares de saúde atendiam famílias no domicílio e discutiam os problemas da população com o Grupo de Integração Comunitária (GIC), composto por lideranças comunitárias, entidades locais, associações, religiosos, freiras e padres que atuavam na área da saúde, saneamento educação, serviço social e agricultura. Essa equipe de saúde realizava atendimento médico e odontológico tanto em Planaltina como na região dos Jardins em *trailer* que se deslocava pelas comunidades. Os auxiliares de saúde dessa experiência foram treinados para se transformarem em agentes de saúde por meio de um convênio firmado entre a FHDF e a Fundação Kellogg, conforme referiu Barbosa (1981). Cada auxiliar de saúde era responsável por uma quadra, realizava um inquérito domiciliar para o diagnóstico da realidade local contendo o número de pessoas residentes, aspectos sociais, doenças mais comuns, condições de higiene, saneamento e lazer. Carvalho (1999) afirmou também que essa experiência contou com a participação da liderança local no planejamento das ações de saúde: "Uma vez por semana, sempre à noite, os auxiliares de saúde e líderes da comunidade se reuniam com os profissionais com o objetivo de discutir e achar soluções para os problemas encontrados". Esse autor considerou a experiência como precursora do PSF no DF: "ali a semente foi lançada, a saúde da família começava no DF", porque "equipes multiprofissionais viajavam pela área rural dando assistência médica, social e os cuidados de enfermagem".

Verifica-se que a experiência da Unidade Integrada de Sobradinho e do Programa Integrado a Nível Periférico com Ênfase em Saúde Familiar realizado em Planaltina foram alternativas opostas ao modelo médico-assistencial privativista dominante. O modelo de atenção desenvolvido nessas experiências era voltado para a atenção primária com ações de educação para a saúde, atendimento em grupo,

reuniões com a comunidade, visita domiciliar, reconhecimento do espaço social de inserção da população, planejamento de ações a partir da realidade local e de indicadores epidemiológicos, presença de equipe multiprofissional, revelando a presença de elementos do modelo de atenção primária analisados por Starfield (2004).

1.2.2.2. Segundo período: Atenção Primária à Saúde

Em 1979, o Presidente General João Batista Figueiredo indicou o coronel Aimeé Silveira Lamaisom para governar o DF, que, por sua vez, nomeou o Dr. Jofrant Frejat para assumir a SES/DF. O Secretário de Saúde do DF reuniu um grupo técnico e elaborou um plano de ação para a saúde "dentro do princípio de extensão de cobertura mediante a estratégia de atenção primária e da regionalização dos serviços" (GDF/SES, 1980a). O plano foi apresentado em três documentos: "Plano de Assistência à Saúde do DF" (GDF/SES, 1980a), "Atenção Primária à Saúde do DF" (GDF/SES, 1980b) e "Implantação de Centros de Saúde" (GDF/SES, 1982) que será denominado de Plano Frejat.

No Plano de Assistência à Saúde do DF, Frejat (GDF/SES, 1980 a) admitiu a distorção feita ao Plano Bandeira de Mello: "apesar de ainda atual em sua linha mestra, foi profundamente alterado durante o desenvolvimento da cidade"; e diagnosticou o modelo de atenção vigente como centrado nos hospitais, nas tecnologias de alto custo e no atendimento da população: "monumentais estruturas hospitalares de grande complexidade administrativa e de meios"; o aumento dos estabelecimentos hospitalares e das tecnologias acarretando uma medicina dispendiosa, beneficiando a uma minoria, preocupada com enfermidades excepcionais, de diagnóstico complexo, inteiramente desvinculada das necessidades básicas da coletividade.

Também criticou a predominância de serviços especializados no modelo de atenção à saúde do DF "afastando-se, cada vez mais, da assistência primária e da promoção da saúde comunitária" (GDF/SES, 1980a).

A Plano Frejat teve como objetivo solucionar o problema dos altos custos da assistência hospitalar e do modelo médico-assistencial centrado no procedimento

individual curativo que se mostrava ineficaz para a resolução dos problemas de saúde da população: "em quatro anos, praticamente duplicaram as ofertas e quase quintuplicaram os gastos em obras, sem que surtisse o efeito desejado" (GDF/SES, 1908a).

O diagnóstico das insatisfações com sistema de saúde do DF apresentado no documento (GDF/SES, 1908a) também revelou problemas com a clientela (morosidade e deficiência no atendimento), com os profissionais médicos (má relação médico-paciente e remuneração inadequada) e com os custos da assistência.

As premissas que deveriam reger a organização dos serviços e das práticas presentes no Plano Frejat (GDF/SES, 1980a) eram: "ser dirigida à saúde e não à doença", utilizar a vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho de saúde nas comunidades, equacionar os problemas a partir das necessidades dos grupos familiares e regionalizar os recursos por área populacional, o que demonstrou a presença de novas prioridades para o modelo de atenção que priorizaria a atenção primária. A organização do sistema de saúde foi desenhada a partir de quatro agrupamentos de unidades de saúde, de acordo com a sua finalidade, coincidindo com os níveis de prevenção da "História Natural da Doença" (LEAVELL; CLARK, 1976):

- Grupamento I, com os Centros e Postos de Saúde, destinados à "assistência primária", também denominada de "medicina preventiva" ou "medicina comunitária", responsável pela prevenção;
- Grupamento II, contendo os Hospitais Regionais, responsáveis pela "atenção intermediária" em clínicas básicas e especializadas, dando apoio às unidades do grupamento I;
- Grupamento III, composto pelo Hospital de Base, representando o vértice da pirâmide do sistema, responsável pelo "atendimento dos casos médicos complexos e equipado para tal fim", pela "medicina curativa"; e
- Grupamento IV, contendo os hospitais encarregados da reabilitação ou redução de seqüelas, assim como para o tratamento dos convalescentes e doentes crônicos, além do Hospital Psiquiátrico, para abrigar os doentes crônicos que são tratados em casas de saúde particulares, conveniadas com a FHDF.

O conceito de atenção primária utilizado no Plano Frejat (GDF/SES, 1980b) coincide com a definição de cuidados primários de saúde da Declaração de Alma-Ata como o primeiro nível de contato da população com sistema de saúde:

representam o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde dos lugares onde o povo vive e trabalha. (OPAS/UNICEF, 1978).

Os cuidados primários de saúde seriam direcionados aos principais problemas de saúde da comunidade, com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação dentro das unidades dos grupamentos estabelecidos para o sistema de saúde do DF (GDF/SES, 1980b). Observa-se, assim, a vinculação da proposta com a concepção de medicina preventiva e comunitária contidas na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (OMS/UNICEF, 1979).

Para Mendes (1993), a proposta de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata foi simultânea à implantação no Brasil de um modelo econômico regido pelas políticas compensatórias visando "resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal". Assim, o tipo de serviço de saúde proposto foi caracterizado como uma modalidade de baixo custo para a população excluída do sistema de saúde médico-assistencial privatista, principalmente aquela que residia na periferia das cidades e nas zonas rurais, o que na opinião do autor reconheceu e legitimou diferentes graus de cidadania como uma das "políticas sociais perpetuadoras das desigualdades sociais." (MENDES, 1993).

No Brasil, em 1976, a Secretaria de Planejamento da Presidência da República cria o primeiro programa federal de medicina simplificada: o Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS), que foi dirigido por técnicos oriundos dos projetos pilotos desenvolvidos pelas instituições acadêmicas, no início dos anos 1970 nas cidades de Paulínia (UNICAMP), Montes Claros (Universidade do Norte de Minas) e Caruaru (UFBA), marcando "a entrada de técnicos do movimento sanitário no aparelho do Estado", segundo Mendes (1993). Ao ser estendido a todo o território nacional, resultou em grande expansão da rede ambulatorial pública, adotando um modelo de regionalização administrativa.

No final dos anos 1970, a sociedade civil começou a se organizar para o enfrentamento das questões de saúde no Brasil a partir da chamada "abertura política pós ditadura militar", segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005). É na

década de 1980 que se inicia um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental, com propostas alternativas caracterizadas pelo "apelo à democratização do sistema" que permitam a participação popular, a universalização do acesso, a descentralização e o caráter público do sistema de saúde, conforme análise de Escorel, Nascimento e Edler (2005).

Nesse momento, o país vivia um período de crise econômica juntamente com um processo de democratização que repercutiram na saúde. Segundo Oliveira e Teixeira (1986), a crise da previdência e da saúde nesse período foi caracterizada em três momentos: a crise ideológica com o PREVSAÚDE, a crise financeira e a crise político-institucional, com a criação do CONASP como medida racionalizadora da prestação da assistência médica e de seus custos crescentes. Durante a crise ideológica, houve a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), que visava à reestruturação e à ampliação dos serviços de saúde, com ações de saneamento e habitação, uma proposta de extensão de cobertura à população excluída, com baixo custo. As diretrizes dessa proposta, segundo Oliveira e Teixeira (1986), eram: i) hierarquização do atendimento de saúde por nível de complexidade; ii) a atenção primária (Centros e Postos de Saúde) como a porta de entrada do sistema; iii) utilização da participação comunitária e técnicas simplificadas como forma de ampliar os recursos disponíveis e/ou adequar o programa à necessidade da população; iv) regionalização do atendimento por áreas e população definidas; e v) integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, sejam públicos, previdenciário ou privado. O PREVSAÚDE foi considerado um projeto "progressista-autoritário" recebido com desconfiança por todos os envolvidos: INAMPS, entidades representativas dos setores capitalistas de medicina e profissionais de saúde. A proposta original de "redirecionamento da política de saúde" foi transformada em "um projeto de racionalização do modelo vigente", segundo Oliveira e Teixeira (1986).

No DF, a repercussão do PREVSAÚDE deu-se por meio da cessão das unidades do INAMPS (um hospital e sete PAM) para a SES/FHDF. O documento sobre a atenção primária à saúde no DF (GDF/SES, 1980b) referiu que essa integração seria feita mediante: "a utilização dos próprios postos do INAMPS em sistema integrado com a FHDF" para solucionar o problema da ociosidade e da duplicidade de ações executadas por estes e beneficiar a população.

Para Rodriguez Neto (2003), o CONASP teve várias versões, refletindo a natureza política do debate composta por quatro tendências sobre a concepção do sistema de saúde e suas estratégias organizativas: i) conservadora-privativista, que defendia a manutenção do sistema; ii) modernizante-privativista, que postulava a reorganização com base na medicina de grupo, seguindo o modelo americano de "Health Maintenance Organizations"; iii) perspectiva estatizante, com o Estado executando as ações e serviços; e iv) tendência liberal (majoritária), que pretendia reforçar o setor público, exercendo maior controle sobre o setor privado, tornar o sistema mais eficiente, combater o mercantilismo e restaurar a moralidade e a ética do sistema de saúde.

Oliveira e Teixeira (1986) referiram que a proposta CONASP recuperou proposições gerais do PREVSAÚDE de hierarquização do sistema com mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços públicos (primário, secundário e terciário) previdenciários e privados e a vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde da sua área. A rede primária de saúde (nível ambulatorial) seria única, com postos de assistência médica (PAM) do INAMPS, os ambulatórios e postos das SES, os ambulatórios dos hospitais de ensino, os serviços ambulatoriais privados credenciados e os ambulatórios dos sindicatos rurais.

Percebe-se que havia diferentes concepções de modelo de atenção coexistindo na realidade nacional e para a atenção primária, diferentes formas de se organizar o sistema.

Em 1982, foram escolhidas 10 capitais brasileiras para implantar o Projeto de Racionalização Ambulatorial dentro da proposta CONASP. Oliveira e Teixeira (1986) afirmaram que o DF foi uma das cidades escolhidas e firmou o convênio trilateral com o MPAS, o MS e a SES para a construção da rede ambulatorial única. Esse fato também pode ter contribuído para o sucesso da implantação da rede primária de saúde no DF, recebendo apoio técnico e suporte financeiro federal.

A implantação do CONSP caminhou para a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRASIL, 1985), as quais se efetivaram por meio de convênios assinados entre o MPAS/MS/MEC e possibilitaram o fortalecimento da rede básica ambulatorial, a contratação de recursos humanos, a articulação com serviços públicos municipais e a participação nas comissões criadas (CIPLAN, CIS, CRIS e CLIS ou CIMS).

Assim, a construção de 33 Centros de Saúde no DF entre dezembro de 1980 e dezembro de 1981 (GDF/SES, 1982) foi facilitada porque existia a proposta implantada pelo CONASP e a orientação nacional para as AIS como políticas de extensão de cobertura da assistência primária à população com baixos custos.

Os Centros de Saúde desenvolveriam as seguintes ações: i) controle de doenças evitáveis por imunização e de doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase e "venérea"); ii) nutrição, alimentação e puericultura (inclusive domiciliar); iii) combate às endemias; iv) saneamento e educação sanitária (inclusive visita domiciliar); v) assistência primária ao adulto e ao grupo materno-infantil; vi) primeiros socorros e atendimento odontológico (GDF/SES, 1982). O "Manual de Assistência à Saúde – Centro de Saúde" (GDF/SES, 1981) continha as orientações para o desenvolvimento do processo de trabalho a ser desenvolvido nos Centros de Saúde com diagramas para avaliação, intervenção e encaminhamento, fluxograma, instrumentos do processo de trabalho (pré-consulta, consulta, pós-consulta, visita domiciliar, ações de educação em saúde), assim como conteúdos para cada procedimento e profissional responsável pelos diferentes tipos de atendimento. Percebe-se que esse modelo de atenção primária foi guiado pela programação em saúde (SCHRAIBER, 1990; MENDES-GONCALVES, 1984, 1994; ALMEIDA; ROCHA, 1997) seguindo a tendência nacional encontradas nos centros de saúde da época.

A avaliação dos Centros e Postos de Saúde do DF foi feita em 1985, pela Divisão Nacional de Organização dos Serviços de Saúde (DNOSS/MS) do MS e revelou que o cumprimento das metas estabelecidas pelas unidades variou de menos de 50% a mais de 100%, indicando baixa produtividade ou falha na elaboração de metas para o contingente populacional da área respectivamente. As ações desenvolvidas com a comunidade foram educação intramuros (98%), extramuros (90%), ações com grupos e líderes (60%) – e 98% dos Centros de Saúde realizaram visitas domiciliares para desenvolver ações educativas. Os principais problemas identificados nessa avaliação foram: i) falta de programação adequada em termos das necessidades da população; ii) esforços concentrados para o cumprimento das metas quantitativas de produção sem adequação às necessidades populacionais; iii) falhas no sistema de informação e descumprimento da jornada de trabalho médica (BRASIL, 1985). Os indicadores positivos dessa avaliação foram instalações físicas e quadro de pessoal adequado. A recomendação

feita pelo grupo avaliador foi de se aumentar o número de consultas médicas de 12 para 16 por médico e por período, considerando o total de profissionais existentes na rede (BRASIL, 1985).

No cenário nacional, em 1985, as lideranças do movimento sanitário assumem postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde do País e convocam a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, na qual foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, com a definição de uma nova concepção de saúde e de modelo de atenção para ser adotado institucionalmente (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nesse momento, não havia consenso sobre a organização de um sistema de saúde totalmente estatal ou não, e se sua implantação seria imediata ou progressiva. Embora fosse aprovada a posposta de unificação imediata dos ministérios com implantação de um sistema estatal de saúde, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como alternativa viável no momento, dadas as dificuldades elencadas pelo Ministro da Previdência Social relacionados ao pouco tempo e a necessidade de se reformular a Constituição Brasileira para regulamentar a nova organização do setor saúde. Juntamente com a implantação do SUDS, foi constituída a Comissão de Reforma Sanitária, com a responsabilidade de elaborar a nova proposta e monitorar sua implantação durante os trabalhos da Constituinte, (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A repercussão desses fatos no DF foi a criação pelo GDF, em 1986, de um Grupo de Trabalho que analisou o sistema de saúde e sugeriu mudanças compatíveis com as orientações do SUDS (GDF/SES, 1986). Para esse Grupo de Trabalho, as instâncias deliberativas do SUDS/DF seriam a Comissão Interinstitucional do DF (CIS/DF), responsável pela definição das políticas de saúde e normatização das ações, o Conselho de Saúde do DF, que funcionaria como órgão consultivo do SUDS/DF e a Secretaria de Saúde, que seria o órgão executor das ações do SUDS/DF (GDF/SES, 1986). O grupo propôs que os Centros e Postos de Saúde funcionassem com atendimento médico em agenda, aprimorassem o sistema de referência e contra-referência por meio da articulação adequada com PAM e hospitais regionais, estreitassem a cooperação com a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), investissem maciçamente na educação em saúde da população, programassem a assistência odontológica e criassem de Centros de Saúde que fossem modelo, em

colaboração com a UnB, para fins docente-assistenciais. (GDF/SES, 1986). Todas as proposições foram executadas, exceto a criação dos Centros de Saúde que fossem modelo, com a colaboração da UnB.

O Grupo de Trabalho sugeriu maior autonomia no gerenciamento das unidades de atenção primária, tanto administrativa como orçamentária e financeira, tendo o suporte de uma Coordenação Central de Atenção Primária para gerenciar os Centros e Postos de Saúde. Os Chefes de Centro de Saúde deveriam ter como pré-requisito formação em saúde pública e/ou administração em saúde (GDF/SES, 1986). A autonomia das unidades para a execução financeira e orçamentária não foi operacionalizada, mantendo sua dependência do Hospital, da Regional de Saúde e/ou do nível central, e a indicação dos Chefes de Centro de Saúde não adotou o critério estabelecido no relatório.

Também sugeriu a criação de Conselhos Comunitários de Saúde e a criação de um corpo de voluntários para auxiliar nos trabalhos intra e extramuros e na promoção de encontros com a comunidade, para orientação de saúde e discussão sobre o desenvolvimento de ações prioritárias (GDF/SES, 1986). Esses Conselhos não foram criados oficialmente, e nenhuma ação foi realizada para fomentar sua organização; os grupos de voluntários foram criados, porém sua formalização institucional não ocorreu, dificultando sua penetração nas unidades de saúde.

Para a atenção primária de saúde (GDF/SES, 1986), o grupo sugeriu um projeto-piloto para o médico de família. Esse profissional teria a formação generalista, seria capacitado para atender 80% dos problemas da comunidade e promover ações básicas de saúde às famílias sob sua responsabilidade, com o apoio de um auxiliar de enfermagem e um agente de saúde recrutado na comunidade onde estaria instalada a unidade. O médico seria "contratado para prestação de serviços não sendo caracterizado como funcionário público da SES/DF" (GDF/SES, 1986). Foi proposta a realização de uma experiência-piloto por dois anos em "duas comunidades com cerca de 30.000 habitantes, situadas uma em área carente do DF e a outra na região do entorno com forte demanda sobre os serviços médicos do DF" (GDF/SES, 1986). Cada unidade-piloto seria responsável por uma população de 2.500 pessoas ou 400 famílias. Realizaria a atenção básica e faria os encaminhamentos necessários às instituições de saúde integradas à SES/DF, de acordo com o nível de complexidade exigido. O programa Médico de Família ficaria subordinado à Coordenação de Atenção Primária responsável pela

avaliação contínua, e o treinamento dos profissionais ficaria a cargo da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB (GDF/SES, 1986). Entretanto, essa proposta não foi efetivada.

O SUDS/DF foi criado em 30 de setembro de 1987 mediante o convênio 090/87, celebrado entre o MS/INAMPS, Ministério de Educação/Fundação Universidade de Brasília e GDF/SES. A partir do convênio, houve a cessão de uso (termo de comodato) das instalações físicas e equipamentos das unidades assistenciais do INAMPS para a SES/DF (Hospital Docente Assistencial, sete PAM e um Grupamento Médico-Assistencial de Segurados Acidentados do Trabalho que prestava atendimento ambulatorial, clínico e cirúrgico aos segurados acidentados no trabalho e também realizava exames complementares de diagnóstico e avaliação de seqüelas).

A rede de serviços da FHDF/SES em 1987 era composta pelo Hospital de Base (terciário), oito Hospitais Regionais (secundário), um Hospital Especializado Psiquiátrico (HSVP), o Instituto de Saúde Mental, um Centro de Orientação Psicopedagógica (COMPP), três Postos de Saúde Urbanos, 18 Postos de Saúde Rurais e 42 Centros de Saúde com atendimento primário em todas as áreas. Integrava a rede o Instituto de Saúde, responsável pela vigilância sanitária, pesquisas em saúde pública e atividades laboratoriais especializadas em saúde pública; o Hemocentro de Brasília; o Departamento de Saúde Pública, responsável pela vigilância epidemiológica, imunização e estatísticas de saúde pública; e o Departamento de Fiscalização Sanitária, que coordenava as ações de dez Inspetorias de Saúde.

O Conselho de Saúde do DF foi criado em 1973 com a seguinte composição: Secretário de Saúde (presidente), seis membros colaboradores representando as associações profissionais e seis membros efetivos designados pelo Governador do DF. Todos cumpriam um mandato de três anos, podendo ser reconduzidos apenas uma vez. Em 1984, a composição do conselho foi alterada para três membros da SES/DF, um do MS, um do Ministério da Previdência, um do Ministério do Trabalho, um do Ministério da Educação, um representante dos prestadores de serviços e oito representantes da comunidade. Verifica-se que a mudança na composição do conselho refletiu a nova organização dos serviços de saúde a partir da integração proposta pelo CONSP e AIS.

A escolha do governador de Brasília era atribuição do Presidente da República até 1992, quando houve eleição direta e o Governador eleito indicava o Secretário de Saúde.

1.2.2.3. Terceiro período: SUS/DF e PSF

A Lei Orgânica do DF (LOS/DF) foi aprovada em 8 de junho de 1993, seguindo as diretrizes da Constituição e das Leis 8.080 e 8.142. Instituiu o SUS/DF como responsável pela assistência à saúde de forma integral, universal, com a participação popular, permitindo a existência de serviços privados de saúde de forma complementar e controlados pela SES/DF. A rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada teria a função de realizar atividades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde da população.

O financiamento do SUS/DF seria contemplado com recursos do orçamento do Distrito Federal e da União, além de outras fontes, na forma da lei. As empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, administradoras de planos de saúde e congêneres ressarcirão o DF das despesas de atendimento dos segurados respectivos em unidades de saúde pertencentes ao poder público.

As instâncias colegiadas do SUS/DF são: a Conferência Distrital de Saúde, o Conselho de Saúde e os Conselhos Regionais de Saúde localizados em cada Regional Administrativa, tendo suas decisões homologadas pelo Diretor Regional de Saúde (LOS/DF, 2007).

Em 1993, as atribuições e composição do CSDF foram alteradas em consonância com a Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, passando a ser composto por dezessete membros, sendo quatro representantes dos prestadores de serviço (HUB, SES/DF e FHDF) quatro dos trabalhadores, oito dos usuários e o Secretário de Saúde. Uma segunda modificação foi feita em 1999, quando passa a ser composto por dez membros, sendo três representantes dos prestadores de serviços (SES/DF, HUB e HFA), dois representantes dos trabalhadores indicados pelas entidades de classe e sindicatos e cinco representantes dos usuários.

Desde a criação do SUS/DF até 2007, foram realizadas sete Conferências de Saúde no DF (CSDF), sendo que a maior participação popular foi observada a partir

da III CSDF, realizada em 1995, cujo tema foi "Saúde e qualidade de vida – um direito à saúde". A IV CSDF foi realizada em 1996 e discutiu o financiamento, modelo assistencial e controle social do SUS; a V CSDF, em 2000, com o tema "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social"; a VI CSDF, em 2003: "Saúde: direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos e o SUS que queremos" e a VII CSDF, em 2007, cujo tema foi "Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento".

A institucionalização do PSF/DF ocorreu em três momentos: 1997-98, denominado Programa Saúde em Casa (SC); 1999-2003, como Programa Saúde da Família (PSF); e 2004-2006: Programa Família Saudável (FS). Para facilitar a compreensão e distinguir os três programas, será utilizada a denominação de Saúde em Casa com a sigla SC, Programa Saúde da Família do DF com a sigla PSF/DF, e Família Saudável com a sigla FS.

No primeiro momento, foi implantado o Saúde em Casa (SC) (GDF, 1997) dentro da proposta de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do DF (REMA) (GDF, 1996) com o delineamento técnico e político das ações e serviços de saúde para o DF. O projeto SC foi aprovado pelo Conselho de Saúde do DF em dezembro de 1996. E a proposta do REMA (GDF, 1996) foi apreciada e aprovada pelo IV Conferência Distrital de Saúde, ocorrida em 1996. Para a contratação dos profissionais, estabeleceu parceria (convênio) com o Instituto Candango de Solidariedade (ICS). Nessa gestão, a SES/DF tramitou sua habilitação para a Gestão Plena do Sistema Estadual, mas ainda permaneceu na modalidade “não habilitada” devido à indefinição de Teto Financeiro para o SUS nos estados e municípios por parte do MS, repercutindo no repasse financeiro por faturamento de procedimentos realizados na sua rede de serviços (GDF/SES, 1997). Além dos recursos advindos do MS, a SES/DF gerenciou recursos próprios do GDF e da FHDF. Em 1997, foi criado o Pólo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, junto à FEPECS, visando treinar e capacitar os profissionais da SES/DF e do SC (GDF, 1998). Nesse primeiro momento da implantação da atenção à saúde da família, a rede pública de saúde do DF era composta por 13 hospitais, 56 Centros de Saúde, 29 Postos de Saúde, as 300 equipes do Saúde em Casa, 127 equipes de Saúde Bucal, mais o Hospital Universitário de Brasília (Antigo Hospital Presidente Médici) e o Hospital das Forças Armadas.

O segundo momento de implantação da atenção à saúde da família foi iniciado em 1999. O programa passou a ser denominado de Programa Saúde da Família (PSF) e a SES/DF refez a parceria com o ICS para a contratação dos profissionais do programa. A rede de serviços de saúde da SES/DF em 2001 (GDF/SES, 2001) era composta por: Hospital de Base, Hospital de Apoio, Hospital São Vicente de Paula (Psiquiatria), Instituto de Saúde Mental, seis Hospitais Regionais, três Unidades Mistas, 63 Centros de Saúde, 23 Postos de Saúde Rurais, seis Postos de Saúde Urbanos, 134 Equipes de Saúde da Família, 66 Equipes de Saúde Bucal, o Centro de Orientação Psicopedagógico, 21 Núcleos de Inspeção, a Fundação Hemocentro, dois Laboratórios Regionais, o Centro Radiológico, a FEPECS e a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DISAT). Esses serviços estavam distribuídos em dezesseis Regionais de Saúde, localizadas nas dezenove Regiões Administrativas do DF para atender uma população de 2.043.169 habitantes, conforme senso demográfico do IBGE realizado em 2000 (GDF/SES, 2001). No final de 2003, a parceria da SES/DF com o ICS foi cancelada e o PSF interrompido.

No terceiro momento do programa houve a implantação do Família Saudável (FS), iniciado em abril de 2004 quando a SES/DF estabeleceu parceria com uma OSCIP selecionada em processo de licitação pública, a Fundação Zerbini (FZ). A atenção básica seria realizada pelo conjunto de unidades: Centros e Postos de Saúde junto com as equipes do FS e do PACS. Equipes multiprofissionais foram propostas para atender as demandas de psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e serviço social das famílias do programa. A proposta do FS era uma estratégia para o projeto de Conversão do modelo de atenção no DF (GDF, 2005) que incluía a integração da saúde mental com a atenção primária e a assistência prisional. No final de 2006, foi encerrada a parceria da SES/DF com a FZ, e a SES/DF assumiu o programa de atenção à saúde da família, contratando os servidores aprovados em concurso público. Ao término do terceiro momento de implantação, havia 59 equipes do FS (sendo 39 completas), 19 equipes de saúde bucal, três equipes multiprofissionais completas, das oito implantadas, quatro equipes de saúde prisional e 30 equipes PACS (sendo 28 completas). O total de famílias estimadas para serem atendidas era de 410.228, entretanto foram acompanhadas apenas 108.395, atingindo a cobertura de apenas 26,42 de famílias previstas na proposta original (GDF/SES, 2005).

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

O modelo de atenção à saúde é determinado por elementos contextuais do universo macro e microestrutural da sociedade em que se insere estabelecendo um processo de permanente inter-relação (CAMPOS, 1991; SILVA JÚNIOR, 1998; PAIM 1999; MERHY, 2003; MENDES, 1996; MENDES-GONÇALVES, 1979, 1986, 1994). Os elementos do contexto macroestrutural determinam a correlação de forças estabelecidas no planejamento e na implantação das políticas públicas, sociais e da saúde (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001; COHN, 1996; DEMO, 2002; LUZ, 1982; MATUS, 1987; NOGUEIRA; NUNES, 1993). Nesse nível, a concepção de Estado adotada pelo país também exerce influência sobre a forma como os serviços e ações de saúde serão disponibilizadas para a população, considerando as forças econômicas e políticas que o regulam (ALMEIDA, 2001; FLEURY, 2001, 2003; COHN, 2005; CAMPOS, 1989, 1997; PAIM, 2006; GARCIA, 1989; MERHY, 1987, 2003, 2006; OSZLAK, 1997). Esses determinantes também atuam no universo micro da saúde, porém, manifestam-se sob outras formas no cotidiano do trabalho.

Os elementos do contexto social micro influenciam o processo de trabalho em saúde, a disponibilidade de tecnologias utilizadas, incluindo os saberes e os instrumentos das práticas de saúde predominantes, os objetos e finalidades dessas práticas, a micropolítica do poder dentro da equipe e entre ela e a população atendida, assim como o processo de gerência das unidades locais de saúde e sua relação com os níveis regionais e centrais da gestão do modelo de atenção (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1986, 1994; MERHY, 1999; CECÍLIO, 1997; PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2003; FERRI et al. 2007; SAKATA et al.:2007; PÜSCHEL; IDE; CHAVES; 2006).

2.1. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os modelos assistenciais de saúde são decorrentes de diversas políticas de saúde instaladas nas diferentes conjunturas econômicas do país. A bibliografia que aborda o modelo de atenção à saúde é rica, dela podem-se distinguir três principais eixos de análise: o econômico, o sociopolítico e o técnico-assistencial. Os estudos

sobre o modelo assistencial, centrados no eixo econômico, destacam as características de seu financiamento (público e/ou provido), a relação custo/benefício, as formas de produção e reprodução dos serviços nos sistemas econômicos e os propósitos do modelo face às exigências do mercado (WHO, 2001; NOGUEIRA; NUNES, 1993; COSTA, 2002; BRASIL, 2005; MARQUES; MENDES, 2003; MENEZES; ASSIS, 2006; SANTOS; GERSCHAMAN, 2004; GERSCHAMAN; SANTOS, 2006; SANTOS, 2002; PIOLA; BIASOTO, 2001; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; MENDES; MARQUES, 2003; OSLAK, 1997; NOGUEIRA; NUNES, 1993).

A produção científica com foco no eixo sociopolítico analisa o modelo de atenção a partir das políticas públicas e sociais do setor, sua abrangência social (universal, focalizada), sua função social (distributivas e redistributivas) e sua natureza estratégica de reduzir as tensões sociais ou assegurar o direito do cidadão (DONNÂNGELO; PEREIRA, 1976; LUZ, 1978; CANESQUI, 1999; GERSCHAMAN, 2004; FLEURY, 2006; MERHY, 2006; MENDES, 1996; ESCOREL; ARRETCHE, 2005; GARCIA, 1989; TESTA, 1992; MERHY, 2001; TEIXEIRA, 2003; CAMPOS, 1989, 1997, 2000a, 2003, 2006; TEIXEIRA, 1989).

E, finalmente, as pesquisas que privilegiam o eixo técnico-assistencial utilizam o referencial do processo de trabalho em saúde para analisar os elementos constitutivos do modelo, quer seja o objeto de trabalho como necessidades sociais ou demandas para os serviços, se é um objeto contextualizado socialmente ou apenas um ser biológico; a finalidade do trabalho (promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação); os meios, instrumentos e saberes utilizados: as práticas de saúde predominantes, o planejamento das ações de saúde e sua relação com as necessidades da população; o modo como os serviços se organizam; as alternativas de gestão/gerência utilizadas; e as relações intersubjetivas estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços (TEIXEIRA, 2003; CAMPOS, 1989, 1997, 2000, 2003; PAIM, 1999, 2003; MERHY, 1999, 2003, 2006; STARFIELD, 2004; SILVA Jr, 1998; MENDES-GONÇALVES, 1994; GIL, 2006, MENDES, 1999; CZERESNIA; FREITAS, 2003; SCHARAIBER et al., 2000).

Para Teixeira (2003), o modelo de atenção é “um dos componentes do sistema de saúde” e “não simplesmente uma forma de organização dos serviços, nem tão pouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde”. Sua discussão conceitual parte da teoria do processo de trabalho e dos elementos estruturais que o constituem: dimensão gerencial, dimensão organizativa e

dimensão técnico-assistencial ou operativa (TEIXEIRA, 2003). A dimensão gerencial do modelo de atenção refere-se “aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços”. A dimensão organizativa é o modo como as unidades prestadoras de serviços se relacionam “levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado”. E a dimensão técnico-assistencial ou operativa do modelo de atenção trata das relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho “mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação”.

Campos (1989) definiu modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde como “o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”. O autor afirmou que seu conceito teria duas utilidades imediatas: uma analítica, permitindo identificar o modo de produção existente; e outra operacional, que levaria à criação de novos modelos guiados por objetivos estratégicos a serem atingidos, (CAMPOS, 1989).

Garcia (1989) verificou a presença de múltiplas formas de produção de serviços de saúde coexistindo em uma mesma sociedade dado o caráter histórico das diferentes concepções teóricas e operacionais de modelo assistencial, portanto, o estudo de modelos assistenciais requer sua contextualização sócio-histórica.

Corroborando com essa posição, Campos (1997) afirmou que, embora haja a convivência de diversas formas de se fazer saúde, é necessário identificar o modelo hegemônico como possibilidade de ser superado, valorizando ao mesmo tempo as experiências alternativas, contra-hegemônicas e/o até derivadas do primeiro.

Assim, para Campos, compreende-se por modelo de atenção: as formas ou o modo de produção dos serviços, modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos (CAMPOS, 1997). Os tipos de modelos tecnológicos analisados por Campos (1997) foram: clínico ou epidemiológico, estatal ou privado, produção de serviços segundo a lógica do trabalho liberal ou assalariado, e da pequena produção ou de empresas.

O conceito de modelo de atenção ou modelo assistencial elaborado por Paim (1999) complementa o anterior, pois insere as determinações históricas como importantes elementos para sua análise, o conceito ampliado foi definido como: “combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e

riscos) que compõem um perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas”.

Em 2003, Paim (2003), aprofundando sua reflexão acerca do conceito, incorporou à organização tecnológica o processo de trabalho em saúde apresentadas por Mendes-Gonçalves (1994). Desta feita, ele propõe a expressão “modelo tecnológico de intervenção em saúde” como “uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde”.

Merhy (2003) analisou o modelo de atenção à saúde articulando-o à gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho: “modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar da saúde” indo ao encontro das dimensões estruturantes do modelo assistencial indicadas por Teixeira (2003), porém com nova interpretação do processo de trabalho como produção dos atos de cuidar.

Identificar, construir ou eleger um modelo de atenção à saúde, segundo Merhy (2003), não é um problema estritamente técnico, extrapola um conjunto natural, harmônico e funcional de operações de uma proposta ou projeto. Esse processo está intrinsecamente relacionado à disputa de poder entre os atores portadores/produtores de necessidades, os profissionais da saúde e os gestores e/ou gerentes do setor, e requer habilidades relacionadas à capacidade de mediação, de fazer acordos e discutir contratos:

... antes de se tornarem um problema técnico-assistencial, parte de um encontro, de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com o dos que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre elas (necessidades), mediados por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo (MERHY, 2003).

Os atores centrais do processo de construção do modelo são os governos, os profissionais e os usuários. Ocupam espaços e funções diferenciados na estrutura do sistema de saúde e manejam seu poder de diferentes formas. Assim, Merhy (1999) destacou que existem tensões constitutivas do agir em saúde e formas de construir poder no trabalho sanitário que são elementos analíticos fundamentais no desafio de imprimir mudanças no cotidiano do trabalho em saúde.

As relações de contrato entre esses atores centrais vão definir o modelo de atenção a partir da disputa de poder político, que muitas vezes se apresenta como tecnológico. Na opinião de Merhy (2003), há supremacia do poder político na definição da produção final dos serviços de saúde:

... compreender que se está antes de tudo diante de processos políticos, que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos. Isto é, são questões políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir os atos de cuidar, expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena produzirem acordos e controles, nas situações em foco (MERHY, 2003).

Merhy (1999) discutiu também elementos para análise do universo microestrutural. Nessa perspectiva, a produção em saúde implica na realização de um trabalho vivo, a partir de "atos de saúde", em arena de disputa de micropoderes e onde as relações intersubjetivas estão presentes, podendo gerar novos poderes instituintes que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecno-assistenciais (MERHY, 1999, 2003). Para esse autor, é na linha de frente do processo de produção da saúde, isto é, nas unidades de saúde, onde ocorre a cristalização dos modelos de atenção à saúde e também as mudanças nos arranjos do modo de fabricá-la, portanto é um locus privilegiado para a análise das tecnologias em saúde porque tem alta potência transformadora do agir em saúde. Assim, a tecnologia representa o modo de se conseguir atingir a finalidade do trabalho proposto considerando as tensões existentes nesse contexto organizacional.

Merhy (1999, 2003) criou os conceitos de tecnologias "leves, leve-duras e duras". Considerou como tecnologias duras os equipamentos e máquinas; as leve-duras como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos; e as tecnologias leves seriam ligadas aos modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde. Assim, acrescentou novos olhares e ferramentas para o entendimento das tecnologias em saúde no interior das instituições e serviços quando advoga a possibilidade de se construir forças instituintes onde havia apenas as forças burocráticas instituídas, que são de difícil transformação. Embora seus estudos estejam mais concentrados na proposição de alternativas que atendam aos problemas do universo micro das relações de trabalho, eles estabelecem uma relação dialética entre o universo macro das relações sociais, políticas e econômicas do país que determinam a configuração do sistema de saúde brasileiro e que estão presentes no conceito de gestão em saúde.

Em suma, constatou-se a existência de diferentes concepções de modelo de atenção que possuem raízes históricas nos estudos sobre trabalho médico e da saúde, apoiados na abordagem materialista dialética, iniciados nos anos 1970 e que representam um arcabouço teórico de destaque. Frente ao exposto, conclui-se que um modelo de atenção à saúde é histórico, depende de variáveis do contexto econômico, social e das políticas de saúde.

Dentre as proposições político-tecnológicas para a produção dos serviços de saúde ocorridas nos últimos anos e que foram absorvidas no Brasil, destacam-se: Medicina Comunitária, Atenção Primária à Saúde, Sistemas Locais de Saúde ou Distritos Sanitários, Cidades Saudáveis, Promoção da Saúde e Atenção Básica.

A Medicina Comunitária é originária dos Estados Unidos, anos 1960, como resposta às tensões sociais geradas pelos movimentos dos direitos civis e contra a segregação racial. Segundo Paim (2006), essa proposta sofreu influência da medicina flexeniana e da abordagem especialista da prática médica. Para o mesmo autor (PAIM, 2006), a medicina comunitária abordou o coletivo como comunidades desprovidas de especificidades e mais por sua intervenção sobre grupos marginalizados para cumprir a função integradora e de reprodução da ideologia dominante. Paim (2006) considerou que foi um projeto medicalizador de grande interesse para a indústria da saúde, pois conferiu a capacidade de consumo (subsidiada pelo estado) às populações que estavam fora do mercado. Assim, estendeu a prática médica para as comunidades, portanto, expandiu o atendimento de saúde à população para além do hospital e iniciou uma nova concepção de intervenção em saúde. Para Silva Jr. (1998), a medicina comunitária teve como profissional central o médico que delegava e controlava as tarefas executadas pelos profissionais de nível superior e médio, e acrescentou na equipe de saúde trabalhadores com pouca escolaridade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi um modelo lançado na Conferência de Alma-Ata (1978), com o objetivo de proporcionar “Saúde para Todos no ano 2000” mediante a realização de intervenções de saúde para a população pobre e sem acesso aos serviços de saúde (GIL, 2006). Essa Conferência internacional teve o papel de diagnosticar as desigualdades na saúde das populações no mundo, salientando que havia situações mais graves em determinados continentes e chamou a atenção para a possibilidade de se alterar esse quadro desde que fosse desencadeada uma ação conjunta (mundial) nessa direção. Estabeleceu, inclusive,

mecanismos formais de cooperação entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Portanto, continha um apelo humanitário, porém de caráter conservador em relação à manutenção da soberania econômica dos países ricos, propondo tecnologias simplificadas para os serviços de saúde e uma política focalizada para grupos específicos com a racionalização dos custos (GIL, 2006). Por outro lado, deslocou o foco do modelo da atenção biomédico para as ações preventivas construídas a partir do conhecimento epidemiológico do planejamento da saúde para grupos excluídos do sistema.

A OPAS (2005) definiu um sistema de saúde baseado na APS com os seguintes princípios: dar resposta às necessidades de saúde da população, orientação para a qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade.

Atualmente, as estratégias de ação da APS/OPAS são direcionadas para a criação da porta de entrada dos serviços de saúde com potência e capacidade de atender problemas multivariados, visando à qualidade dos serviços prestados, e são unidades portadoras da capacidade de referência aos demais níveis de atenção. Delegam a essas unidades o importante papel de sua organização e estrutura dentro do sistema de saúde como um todo, visando ao atendimento de todas as pessoas e todos seus problemas de saúde.

Vouri (1985) propôs quatro classificações para a APS: APS seletiva como conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para os pobres; como a porta de entrada do sistema de saúde; APS ampliada como uma estratégia para a organização dos sistemas de saúde e promoção da saúde; e o enfoque de Saúde e Direitos Humanos como uma filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais.

Mendes (1996) também identificou três interpretações sobre a APS: estratégia de reordenamento do setor saúde; como programa restrito a satisfação das necessidades elementares e restritivas de grupos populacionais em estado de extrema pobreza; e como organização do primeiro nível de atenção.

Desse modo, o conceito de Atenção Primária (AP) tem um sentido polissêmico refletindo nas múltiplas formas de implantação dos serviços de saúde, seja da parte dos formuladores e gestores das políticas, ou dos trabalhadores da área que executam o cuidado básico de saúde na unidade de saúde considerada porta de entrada da rede de atenção hierarquizada, regionalizada e descentralizada.

No Brasil, a AP atualmente denomina-se Atenção Básica (AB), definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, voltadas para promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da vida. Desta feita, a AB caracteriza-se simultaneamente como primeiro nível de atenção e como estratégia para organização do sistema de saúde.

Para Starfield (2004), atenção primária seria:

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2004)

E sob essa base conceitual propôs um referencial metodológico (STARFIELD, 2004) para a avaliação das características da atenção básica à saúde baseado nos seguintes critérios: aspectos exclusivos da atenção primária (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção), aspectos essenciais, mas não exclusivos (formato do prontuário médico, continuidade do pessoal, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica da atenção e proteção dos pacientes) e aspectos derivativos da avaliação da APS (centrados na família, competência cultural e orientados para a comunidade). É com essa contribuição que a autora criou o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)^R (STARFIELD, 2004), contendo oito dimensões essenciais: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional.

A descrição dos critérios de avaliação da APS de Starfield (2004) é apresentada a seguir, pois se trata de um instrumental que amplia o leque de possibilidades para avaliar a qualidade da atenção primária:

- a atenção ao primeiro contato significa a acessibilidade da unidade, acesso à atenção e uso da unidade como primeiro contato;
- a longitudinalidade envolve a noção de relação mútua entre paciente-profissional, requer o conhecimento dos pacientes no programa e seu meio social e o reconhecimento por parte dos pacientes de que estão inscritos nos programas e conhecem o local de atendimento, extensão e força da relação com o paciente não importando o tipo de necessidade;

- para alcançar a integralidade, a unidade deve estar preparada para reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns à população (doenças de curta e longa duração, educação à saúde, cirurgias menores, saúde mental e encaminhamentos), desenvolver atividades preventivas primárias e secundárias, consultas domiciliares, reconhecer problemas psicossociais e fazer encaminhamentos necessários;
- a coordenação da atenção pode ser avaliada como o mecanismo de continuidade da atenção, partindo do reconhecimento de informações de consultas prévias e oportunizando o encaminhamento necessário;
- o prontuário médico deve conter o registro atualizado dos problemas e apagar os resolvidos;
- a continuidade do pessoal revela a porcentagem de consultas com o mesmo profissional no acompanhamento;
- a comunicação profissional-paciente indica o teor e a qualidade da interação, satisfação do paciente, valoriza o papel ativo do paciente em sua atenção;
- a qualidade clínica da atenção é a qualificação profissional da equipe para a resolução dos problemas e a adequação do conhecimento aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados, assim como o monitoramento e a vigilância para adequar a atenção às respostas biológicas, psicossociais e sociais dos pacientes;
- a proteção dos pacientes é o grau de consciência e a extensão da utilização dos órgãos e recursos existentes para impactarem a saúde (condições de trabalho, habitação, segurança no bairro, saneamento);
- a centralização na família refere-se à consideração do contexto familiar e sua exposição na avaliação das necessidades de saúde, conhecimento dos membros da família, do padrão de doença familiar e dos recursos familiares;
- a orientação para a comunidade requer o conhecimento do contexto social, das necessidades de saúde da comunidade, das redes sociais e dos sistemas de apoio, participação das atividades comunitárias e envolvimento comunitário na unidade de saúde;
- a competência cultural é a capacidade de reconhecer as diferenças culturais, étnicas e raciais; e

- a integralidade relaciona-se com a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade .

No Brasil, Macinko, Almeida e Oliveira (2003) constataram que o alcance dessas dimensões propostas por Starfield (2004) é relevante para avaliação do desempenho das unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde – UBS e equipes PSF). Elias et al. (2006) também analisaram o alcance dessas mesmas dimensões na avaliação das duas modalidades prevalentes de AB em São Paulo (PSF e UBS), confirmando que podem demonstrar a qualidade da atenção aos gestores, profissionais e usuários dos serviços.

Ressalta-se que existem diversas críticas ao modelo de AB atualmente adotado, que vão desde o questionamento sobre ser uma política oficial reducionista para a saúde (CONIL, 2002; MARQUES, MENDES, 2002; FERNANDES, 1992) a uma proposta para cuidados mínimos, portanto uma política de saúde eminentemente focalizada e restritiva, e os autores transportam essas inquietações para a estratégia do PSF por apresentar certa semelhança (TESTA, 1992; MERHY, FRANCO, 1999; MERHY, 2001). E a crítica mais positiva concebe a AP como uma estratégia de reorganização do sistema (MENDES, 1996; VIANA, DAL POZ, 1999; CAMPOS, BELISÁRIO, 2001; STARFIELD, 2004).

Em relação à complexidade da AB, a equipe de saúde trabalha em um espaço social com dinâmicas próprias, que determinam as condições de saúde-doença da população. A diversidade de conhecimento e tecnologias requeridas para executar esse trabalho é de natureza complexa, portanto a AB requer grande arsenal de tecnologias relacionadas à compreensão do modo de viver das pessoas e sua articulação com diversos setores da sociedade.

Cidades Saudáveis é uma proposta originária no Canadá, 1984, e recebeu apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) no sentido de se criar uma rede de municípios decididos a buscar novas formas de promover saúde, melhorar o meio ambiente e a qualidade de vida. Os elementos característicos dessa proposta foram: as condições de vida, as relações sociais no espaço urbano, políticas públicas articuladas e favoráveis à saúde, organização da comunidade para participar das decisões políticas, desenvolvimento da auto-responsabilidade dos cidadãos sobre os cuidados com a sua saúde e da coletividade, e articulação intersetorial como

estratégia para a promoção da saúde, (BRASIL, 1995; SANTOS, 1999; FERRAZ, 1999; SILVA Jr: 1998).

O modelo de Promoção da Saúde teve suas bases conceituais e políticas estabelecidas nas conferências internacionais de: Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991). Seguiram-se as conferências de Jakar (1997), México (2000) e Brasil (2002) e outras, como uma reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no sistema de saúde. A carta de Ottawa apresentou a Promoção à Saúde com um conjunto de valores e uma combinação de estratégias do Estado, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias; isto é, trabalhou com a idéia de responsabilização múltipla pelos problemas e soluções. Valorizou o conhecimento popular e a participação social mediante o desenvolvimento de habilidades pessoais. Indicou como um dos campos de ação a criação de ambientes favoráveis e o desenvolvimento sustentado expressos em políticas públicas saudáveis. Tem como objetivo o estímulo a *governance* e o *empowerment* e a integralidade e equidade como eixos para re-estruturação do sistema de saúde (BRASIL, 2001). Como assinalou Buss (2002) a Carta de Otawa assumiu a equidade como um foco da promoção da saúde, cujas ações "objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável". E adotou como estratégias fundamentais: a defesa da causa através da luta para a conquista de fatores favoráveis à vida (políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos), a capacitação de todas as pessoas para realizar seu completo potencial de saúde (acesso à informação, desenvolvimento de habilidades para viver melhor, criação de oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis e ambientes favoráveis à saúde) e a mediação como responsabilidade dos profissionais, grupos sociais, governo e setores sociais. Para Buss (2002) a promoção da saúde apresenta cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, incremento do poder das comunidades (empoderamento), desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

O modelo de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foi aprovado pelo Conselho Diretivo da OPAS após as discussões ocorridas em sua XXXIII realizada em Washington, em 20 de setembro de 1988 e todos os países membros, inclusive o Brasil, utilizariam essa proposta para a reorganização do Sistema Nacional de Saúde. Nos países da América Latina essa denominação foi mantida, mas no Brasil,

recebeu a denominação de Distritos Sanitários (DS), foi inserido no artigo 10º e parágrafos da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organização dos serviços (MENDES, 1993).

Nos anos 1998 e metade de 1989 a representação da OPAS no Brasil difundiu a idéia dos DS enquanto processos sociais de mudança das práticas sanitárias. Na segunda metade de 1989, a OPAS/MS financiou e assessorou um projeto denominado “Implantação de SILOS nos Estados” destacando-se as experiências da Bahia e de São Paulo. Desse projeto resultou a necessidade de se realizar seminários para o desenvolvimento teórico metodológico da concepção de SILOS e surgiu pela primeira vez a proposta de Vigilância à Saúde como prática sanitária adequada a nova organização do sistema (MENDES et al., 1993). Nesse movimento houve a colaboração teórica de autores com atuação em diferentes campos do saber para o enriquecimento e conformação da mesma: Milton Santos, Carlos Matus e Mitrof entre outros. Em 1990 implanta-se DS nos municípios de: Natal, Fortaleza, Belo Horizonte, Ipatinga e Curitiba, além de Salvador e São Paulo como efeito demonstrativo e avaliador.

Eugênio Villaça teve o papel de difusor e articulador da proposta de DS com a publicação da discussão de seus conceitos teóricos e operacionais. Para esse autor, o DS deve ser entendido a partir das dimensões políticas, ideológica e técnica, justificando:

O distrito sanitário (DS) tem uma dimensão política dado que busca a transformação do Sistema Nacional de Saúde, atuando na sua base operacional de nível local, numa situação de poder compartilhado, onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais“. “... é, portanto um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder, para construir viabilidade à situação – objetivo que se deseja alcançar,

... tem uma dimensão ideológica que, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por um paradigma assistencial determinado ou uma concepção ampliada do processo saúde – doença, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. O DS é, então microespaço social de luta ideológica. (MENDES et al., 1993)

Por fim, Mendes et al. destacaram que o DS tem uma dimensão técnica e que exige a definição de conhecimentos e tecnologias coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto a ser executado.

No sentido de viabilizar o processo de distritalização do Brasil, Mendes et al. ressaltaram a necessidade de ações que deveriam operar no território, considerando seus espaços: operativos, jurídico-legal e institucional. Recomendou o uso de princípios organizativo-assistenciais para serem operacionalizados no território: impacto, orientação por problemas, intersectorialidade, planejamento e programação, autoridade sanitária local, co-responsabilidade, hierarquização, realidade, intercomplementariedade, integralidade, adstrição e heterogeneidade.

Para Mendes et al (1993), a Vigilância à Saúde foi introduzido concomitantemente a discussão do DS como a prática mais adequada para viabilizá-lo. Diz respeito a um modelo de intervenção sobre problemas, num território dado, desenvolvimento de operações sobre fatores condicionantes e determinantes dos problemas de saúde, através de intervenções intersectoriais organizadas. Nela define-se um problema de enfrentamento contínuo, sua descrição, sua explicação em diferentes espaços, ainda há a identificação dos nós críticos nos diferentes períodos do processo saúde/enfermidade e a montagem de operações integradas de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e de atenção curativa (MENDES et al., 1993).

Mendes (1993) considerou a vigilância à saúde como uma prática interdisciplinar, responsável pelo enfrentamento contínuo dos problemas de um território para impactá-los positivamente sob a lógica do modelo epidemiológico, com ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras de saúde que incidem sobre estes problemas de enfrentamento constante, exigindo ações intersectoriais sobre os ambientes coletivos.

Paim (2003) identificou que a vigilância à saúde é um modelo para a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas e a vigilância epidemiológica e sanitária; também agrega as práticas individuais, assistência ambulatorial e hospitalar, por meio da incorporação das contribuições da geografia crítica, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político – institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local.

Ao lado disso, é assinalada a importante contribuição de Teixeira (2003) sobre a noção de vigilância à saúde como integradora das práticas de saúde, a partir

da concepção renovada da História Natural da Doença, de Leavell e Clark, privilegiando a formulação de políticas públicas saudáveis com um conjunto de ações governamentais e não governamentais, para a reorganização das ações de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária que são de responsabilidade direta do sistema de saúde. Como instrumental tecnológico, a vigilância à saúde incorpora os mapas de risco que fundamentam a delimitação de microáreas de atuação da equipe de saúde, a noção de problemas de saúde e a busca da integralidade da assistência tanto na perspectiva vertical da organização dos serviços como na perspectiva horizontal de articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação.

Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (2002) o debate atual sobre a vigilância à saúde apresenta três vertentes: como análise de situações de saúde chamando a atenção para o objeto de trabalho; como integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária destaca os meios e instrumentos do processo de trabalho, assim como a incorporação de outros sujeitos, ou seja, a população organizada e os novos agentes do processo de trabalho; e, como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias. Para esses autores, a vigilância à saúde apresenta sete características básicas: é uma intervenção sobre problemas de saúde (danos, risco e/ou determinantes), enfatiza problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo, operacionaliza o conceito de risco, articula ações de promoção, prevenção e cura, atua intersetorialmente, realiza ações sobre o território e intervêm sob a forma de operações. Diferencia-se da vigilância sanitária, que tem como função principal eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços (LUCCHESI, 2006).

O marco conceitual para esse estudo abarca as várias concepções sobre o modo de produção dos serviços de saúde, os movimentos tecnológicos na saúde coletiva e o modelo de atenção à saúde que para compreendê-los faz-se necessário analisar mais profundamente a gestão das políticas, a organização dos serviços e as práticas de saúde. Desta feita, essas serão tomadas como categorias operacionais para compreensão do modelo político tecnológico de Atenção à Saúde da Família.

2.2. POLÍTICA DE SAÚDE

Inicialmente serão discutidos os termos políticas sociais e políticas públicas, em seguida as concepções de avaliação e de análise de política pública porque são idéias que compõem o instrumental necessário à análise da política pública de saúde tendo como baliza a noção de Estado nos tempos pós-modernos.

Coimbra (1987) ao percorrer as abordagens teóricas sobre as políticas sociais concluiu que não há uma definição precisa do conceito política social, mas que ela se expressa de diferentes formas, portanto recomendou que o estudo desse tema se ativesse a questão da análise das formas de construção e expressão das políticas.

Para Gerschman (1989) a política social trata de problematizar e decidir se o Estado deve intervir suprimir ou remediar as carências da população, e se essas carências são atribuídas à incapacidade das pessoas ou a sua produção econômica; é a maneira como o Estado atua para transformar questões sociais em políticas..

A maioria dos autores insere a política social dentro de um conjunto de políticas públicas, embora existam autores que preferem não fazer distinções entre ambas e simplesmente optam por usar um ou outro termo. A grande questão crucial é onde mora a diferença? Pois alguns estudos consideram que nem toda política social é pública, assim como outros consideram que nem toda política pública é social.

Para Dâmaso (1989) o sentido do público tem uma conotação ideológica gramsciniana onde a força histórica determina a hegemonia e contra-hegemonia:

O termo público não se refere necessariamente a alguma coisa que seja coletivamente apropriada, mas pode designar simplesmente aquilo que não é de ninguém, mas que é por isso mesmo, a todo o momento e de diversas formas reapropriado no jogo de interesses. (DÂMASO, 1989)

Portanto o sentido público da política social deve ser apreendido conforme sua construção histórica e social, a posição dos atores e as correlações de forças estabelecidas na dinâmica do processo de implementação dessas políticas.

Para Arretche (2006) a análise de políticas públicas é o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas, desse modo a análise das partes ou das suas características leva à reconstrução do todo. Entretanto, alertou para o fato de que a ação pública é marcada por incoerências, ambigüidades e incertezas em todos os estágios e momentos. Essa autora afirmou que muitas

vezes, as pessoas que tomam as decisões políticas não sabem exatamente onde querem chegar e nem o resultado possível, pois durante o processo de negociação alteram o desenho original da proposta. Assim a análise política consegue apreender também o percurso e nova trajetória adotada com mais propriedade do que a avaliação política.

A avaliação de políticas públicas, para Arretche (2006) é o exame da operacionalidade e implementação de uma proposta utilizando indicadores de eficiência, eficácia, efetividade, custo-benefício e impacto dos resultados alcançados mediante parâmetros, padrões ou metas pré-estabelecidos na proposta política. A avaliação política ressalta tanto o caráter político do processo decisório que implicou na adoção de uma dada política, como os valores e critérios políticos nela identificáveis. Somente a avaliação pode atribuir uma relação de causalidade entre um programa e seu resultado ou impacto.

Lobo (2006) apontou a necessidade de se acrescentar à avaliação das políticas e programas sociais conceitos teóricos subjacentes a ela e refletir também, sobre as seguintes questões: o ambiente político, as forças aliadas e contrárias que apóiam ou sabotam sua execução, o ideário econômico-financeiro que determina a alocação dos gastos públicos, as concepções sobre a dimensão democrática do Estado, e as visões sobre a efetividade, eficiência e eficácia das ações governamentais na área social.

Quando se analisa as políticas públicas de um país é preciso identificar a conformação e o significado que o Estado assume.

Estado pode ser compreendido, segundo Fleury (2001) como:

uma relação de forças que produz um pacto de domínio” ou “como o poder político que se exerce de forma concentrada, autônoma e soberana sobre um povo e um território através de um conjunto de instituições, um corpo de funcionários e procedimentos regulamentados. (FLEURY, 2001)

De acordo com Pereira (1998), o estado pode assumir três características: liberal, onde as regras são estabelecidas pelo mercado; conservador quando é usado para manter a ordem tanto do mercado como do trabalho, geralmente são atrelados ao regime autoritário; e social-democrata que é adepto da extensão de cidadania e da democracia social.

Nos últimos 20 anos, o Estado Brasileiro tem se constituído hegemonicamente com características fortemente conservadoras e liberais, com movimentos contra-hegemonicos social-democráticos de diferentes escalas presentes em alguns

setores, dentre eles a saúde, principalmente no Movimento de Reforma Sanitária. A apresentação mais evidente do Estado liberal nos últimos anos tem sido chamada de neoliberalismo.

Libâneo, Oliveira e Toschi (2006) identificaram uma dicotomia no campo das idéias sobre o neoliberalismo a partir da segunda guerra mundial: inicialmente com as concepções de J. Dewey (1859-1952) e de M. Keynes (1883-1946) sobre o novo liberalismo ou social-liberalismo, predominando até a primeira metade da década de 70. E posteriormente o neoliberalismo de mercado de F. A. Hayek considerado elitista e conservador. Enfatizaram que há uma tensão histórica permanente entre as duas macrotendências de paradigmas, ou projetos de modernização liberal-capitalista.

Segundo esses autores (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2006), o paradigma do social liberalismo é a igualdade de oportunidades, o Estado de bem-estar social, interventor, regulador, organizador e planejador da economia coletivista/socializada e caracteriza-se pelos princípios da democracia popular, da justiça social, da ética comunitária e da equidade social. O neoliberalismo de mercado tem como paradigma a liberdade econômica, a eficiência e a qualidade e seu projeto de modernização é caracterizado pela economia de mercado auto-regulável, o fortalecimento da iniciativa privada com a ênfase na competitividade, na eficiência e na qualidade de serviços e produtos.

No projeto neoliberal de mercado o estado é mínimo e possuem as funções de policiamento, justiça e defesa nacional que são desenvolvidas por meio da desestatização, desregulação e privatização, desqualificando os serviços e as políticas públicas, segue os princípios de liberdade, propriedade, individualidade, economia de mercado auto-regulável e sociedade aberta. Opõem-se radicalmente às políticas estatais de universalização, igualdade e gratuidade dos serviços sociais, como saúde, seguridade social e educação (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2006).

Neste contexto econômico e social ocorreu, também, o crescimento significativo do chamado setor de serviços, ou setor terciário da economia. Este setor é parte da totalidade social, está fortemente influenciado pela lógica das macrotendências do capitalismo liberal, pelas inovações tecnológicas e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na terceira revolução científica tecnológica ocorrida na segunda metade do século XX (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2006).

Os efeitos da política neoliberal em países terceiro mundo, observados por Pereira (1998) podem se percebidos nas seguintes esferas:

- econômica: o crescimento da dívida externa monitorada pelo FMI e Banco Mundial que impuseram o ajuste estrutural;
- social: aprofundamento da pobreza e a desigualdade social em todo o mundo com a uma política monetária restritiva para diminuir a inflação, mas aumenta o desemprego e o rebaixamento dos salários;
- ideológica: gerando um elevado grau de aceitação pela inexistência de outra alternativa e ao mesmo tempo apresentando a falácia do discurso neoliberal da crise do Estado Social que não atende a demanda de bem estar social; e
- nas relações internacionais: gerando um fortalecimento nas corporações globalizadas com bases nacionais

Pereira (1998) considerou que as alternativas políticas pós-neoliberais estão centradas em dois eixos: reorganização da produção e redefinição do trabalho. Essas alternativas serão discutidas mais à frente quando serão analisadas às repercussões e possibilidades de superação do modelo neoliberal na saúde e na atenção à saúde da família.

Oslak (1997) afirmou que para uma interpretação mais adequada das transformações ocorridas nas políticas públicas deve-se ater à tríplice interação que ocorre entre o Estado e a sociedade em termos divisão social do trabalho (plano funcional), a distribuição do excedente social (plano material) e na dominação ou correlação de poder (plano de dominação). Essas relações apontam a decisão de como se distribuem a gestão do público, os recursos de poder e o excedente social. O autor exemplificou que as recentes transformações na descentralização e privatização são dirigidas à divisão social do trabalho; e que as políticas fiscais e sociais tratam de distribuir o excedente social.

O grande desafio para as políticas públicas atuais, segundo Pereira e Stein (2004) não é escolher programas universais ou seletivos, mas “criar uma estrutura de serviços universais que não estigmatizem os seus destinatários e não rebaixem o seu status de cidadania”. Esse desafio também está presente no campo da saúde após à consolidação dos princípios do SUS, entretanto ainda existem programas de saúde focalizados que demonstram a incompatibilidade existente entre os princípios de universalização do acesso e de cidadania do usuário a todos os serviços públicos de saúde.

Sônia Fleury Teixeira (1989) utilizou o materialismo dialético para interpretar o conceito de cidadania nos tempos atuais e identificou uma "contradição original" em seu uso no sistema capitalista, que se manifestou na polaridade entre: a negação da existência das classes sociais e o reconhecimento de que é imprescindível à constituição, organização e luta de classes. Ou seja, se o Estado capitalista considera todos os indivíduos cidadãos, ele nega a existência e/ou necessidade de luta de classes, o que, na percepção da autora não é verdadeiro, assim o uso do conceito é uma artimanha para torná-lo funcional ao capital. Essa autora sugeriu cautela na compreensão e utilização do conceito de cidadania:

a cidadania é mais que uma mistificação da relação de igualdade burguesa, sendo necessário compreendê-la em sua gênese e desenvolvimento, para além de sua funcionalidade.
(TEIXEIRA, 1989)

Diante do exposto, a cidadania é uma abstração necessária à legitimação do poder político, pois como discurso iguala os indivíduos e nega a existência de relações contraditórias de exploração; e como práxis reproduz a ideologia liberal do Estado como representante da vontade coletiva (TEIXEIRA, 1989). Para a autora, essa contradição contida no conceito de cidadania é relevante na análise da política de saúde atual onde saúde é direito de todos e dever do Estado, mas há desigualdade social, e o sistema econômico é capitalista.

Gerschaman (1989) propõe um esquema de análise para as políticas sociais contendo um plano estrutural para a análise das características da complexidade social e um plano singular para investigar as características do papel dos atores sociais. Ao mesmo tempo em que, recomendou a análise da dimensão de participação do Estado na construção de prioridades sociais e estratégias para atendê-las dentro do seu nível de desenvolvimento econômico (central ou periférico) e sua orientação ideológica hegemônica, se analisaria também, no caso da saúde, a participação da população no sistema de saúde e adesão dos trabalhadores da saúde aos movimentos hegemônicos e contra-hegemonicos vigentes no setor.

Demo (2002) discutiu novos paradigmas da política social face ao desgaste do neoliberalismo que não resolveu a questão social devido ao fato da regulação da sociedade pelo mercado ser incompatível com democracia e justiça social do Welfare State que oferece um mínimo insuficiente para solucionar a questão da desigualdade social e da pobreza porque o Estado é capitalista e não tem vocação social, principalmente nos países periféricos. Para a construção desse novo

paradigma, o autor propõe a emancipação do conhecimento e sua politicidade pela população a fim de estabelecer novas relações para o controle do Estado e do mercado.

As idéias centrais sobre políticas públicas e sociais apresentadas até o presente contribuem para situar a política de saúde na esfera das políticas públicas do Estado.

A definição de política de saúde apresentada por Paim (1999) foi:

as formas historicamente determinadas, de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. (PAIM, 1999)

No Estado predominantemente neoliberal a política de saúde é concebida sob essa perspectiva, embora co-existam outros movimentos contra-hegemonicos forçando o realinhamento sob outras perspectivas ideológicas e de distribuição de poder que oscilam mais para a esquerda ou mais para a direita.

Quando Mendes (1993) analisou as estratégias de estabilização e ajuste do projeto neoliberal para a saúde ocorridas na década de 80 identificou três opções fundamentais: privatização, descentralização e a focalização. A privatização penaliza mais uma vez aqueles que menos podem comprar os serviços de saúde. A descentralização ao tentar reduzir o tamanho do Estado faz uma "liquidação da capacidade de regulação e arbitragem do poder político do Estado" desconsiderando a soberania popular em favor das regras de mercado. E a focalização das políticas públicas na saúde aparece nas propostas de atenção primária à saúde seletiva, com a medicina simplificada e estratégias de sobrevivência dos grupos de risco. Concluiu que a característica fundamental do período foi a instauração de uma "*universalização excludente*", apesar da forte presença do movimento contra-hegemônico, da Reforma Sanitária que obteve ganhos nas questões jurídicas tornando a legislação da saúde mais democrática.

É sob essa base de reflexão que o autor (MENDES, 1999) analisou a crise do Estado Brasileiro apontando quatro dimensões fundamentais: a fiscal caracterizada "pela perda do crédito e por poupança pública negativa", a crise no modo de intervenção na economia e no social definida "pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações e pelas dificuldades em criar um Estado de Bem-Estar social no país", a crise do aparelho de Estado "pelo enrijecimento burocrático extremado e pela apropriação clientelista e corporativa"; e a crise política

"pelo esgotamento do pacto burocrático-capitalista que sustentou o regime autoritário."

As conquistas do movimento de reforma sanitária inscritas nos instrumentos jurídicos (constituição de 1988, Lei 8080, Lei 8142 e outros) estiveram na contramão do fluxo neoliberal e só se sustentam porque foram concebidas como projeto social, resultado da luta política, trazendo uma agenda legitimada pela sociedade que foi incluída, na composição do processo constitucional, (TEIXEIRA, 2003). Para essa autora, a democratização da saúde vem se consolidando a partir do processo de municipalização sob a perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado e participativo. A materialização, deste projeto político setorial segundo a mesma autora, e os avanços conquistados está relacionada: à construção do federalismo pactuado (Comissões intergestores, consórcios inter-municipais), ao modelo de governança setorial e local (descentralização dos recursos financeiros), ao poder partilhado (Secretários de Saúde, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde), a governabilidade local (capacidade e competência técnica-política dos dirigentes e dos trabalhadores da saúde) e o que denominou de "direito de quinta geração que corresponde à demanda por uma gestão deliberativa das políticas públicas, em especial das políticas sociais" referindo-se à participação e controle social. O direito de quinta geração emergiu da concepção de poder local ampliado para direcionar as ações políticas aos menos favorecidos, de forma democrática, promovendo a equidade e universalidade, Teixeira (2003). A autora enfatizou a necessidade de tornar-se positiva a atuação dos governos no sentido de aumentar os recursos técnicos e políticos dos setores marginalizados da saúde: atenção básica e nela a atenção à saúde da família.

O sucesso da governança e governabilidade local está diretamente relacionado aos resultados materiais a serem obtidos com a nova forma de gestão e de implementação das políticas nesse contexto, como afirma Teixeira (2003), pois se não conseguirem discutir a alocação de recursos para viabilizar a redistribuição dos serviços e ações de saúde terão o descrédito da população mobilizada que participou do processo de poder compartilhado, aumentando as tensões e frustrações locais. Nesse sentido a autora aponta a necessidade do enfrentamento inevitável dos gestores locais comprometidos com a nova ordem e o contexto do governo nacional conservador neoliberal.

2.3. GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em saúde pode obedecer centralmente os princípios típicos da administração empresarial. Nesse caso, ela procura organizar os meios de produção de serviços de saúde a partir dos requisitos da demanda por consumo de ações médicas, segundo os padrões de uma racionalidade caracteristicamente capitalista iluminada pela categoria da eficiência, entendida como relação positiva entre a produção de atividade e investimento/custo (CAMPOS, 1998).

Majoritariamente a gestão em saúde, na prática, está centrada em procedimentos que se esgotam na realização dele, a finalidade é produzir procedimentos de saúde para o consumo imediato diante do episódio de doença, intervenções em surtos e/ou epidemias, da realização da cirurgia, da distribuição e vacinação em massa (PAIM, 2006).

Gestão em saúde pode ser considerada como o ato de administrar e/ou governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto aos processos de produção de atos de saúde (MERHY, 1999). Para este autor o espaço de gestão em saúde é o lugar do poder instituído e institucionalizado muito bem estruturado, onde nem sempre são priorizadas as questões éticas e técnicas para a produção de atos de saúde visando às necessidades dos usuários.

Verifica-se que a gestão em saúde possui pelo menos dois componentes intrínsecos que se apresentam com maior ou menor articulação e refletem diferentes graus de predominância de um sobre o outro: o âmbito político e o âmbito técnico.

Paim (2006) reafirma a existência das duas características da gestão em saúde (política e técnica) em seu conceito:

Gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.

Tal proposição implica em reconhecer que a finalidade da gestão em saúde é implementar uma política de Estado no campo da saúde, e que o gestor assume a responsabilidade de articular os saberes políticos com os técnico-científicos

necessários aos ajustes requeridos por esse campo de atuação concordando com os postulados de gestão expostos por Schraiber et al. (1999).

A atuação política do gestor se expressa em seu relacionamento constante com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. A atuação técnica dos gestores é permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício de suas funções técnicas articulando saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Para Schraider et al. (1999) o gestor público defronta-se com um grande desafio que é a complexidade de realizar diversas funções: garantir os princípios do SUS (universalidade, equidade, participação popular, lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano), gerenciar conflitos, obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas, ter competência para incorporar todo conhecimento científico já produzido e operado, decidir quanto á intervenção apropriada nos processos saúde-doença individual e populacional e administrar a produção da oferta e do consumo dos serviços.

Como acréscimo ao tema, Mota (1999) identificou outras competências necessárias ao gestor público: apropriar-se de conhecimento para tomar decisões articulando-os com as diretrizes de governo ou tornando-se coerentes com a posição assumida, promover interações que resultem em compromissos dos atores do processo decisório com o reconhecimento e o atendimento das necessidades em saúde, articular e direcionar intencionalidades, disponibilizar e qualificar as informações da saúde; e, avaliar de que forma o conhecimento é apropriado pelo usuário do serviço e qual a representação que ele tem sobre o mesmo.

Como síntese das funções do gestor, Noronha, Lima e Machado (2004) indicaram quatro macrofunções gestoras: formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação das ações, bens e serviços e do sistema de saúde; e, prestação direta de ações e serviços de saúde. Para eles:

Cada um destes campos compreende uma série de atividades específicas, sendo exercidas de forma diferenciada pelos três níveis de gestores, conforme a definição da regulamentação específica (Leis Federais da Saúde e Atos Normativos do Executivo Federal).

Estudo feito por Lotufo (2006) sobre a gestão das secretarias de saúde no Brasil identificou as habilidades necessárias ao gestor do SUS: capacidade de gestão, seguida de conhecimento em política de saúde, saúde pública e gestão e em última escala os valores e características individuais. Para esse autor, as habilidades requeridas do gestor são:

Capacidade do dirigente de motivar, liderar e conduzir pessoas em uma determinada direção/visão, condução esta que seja flexível e baseada em diálogo aberto, conduzir processos e pessoas de forma política reconhecendo conflitos e buscando construção do consenso num trabalho compartilhado.

Quanto ao modo como as políticas são formuladas dentro das secretarias de saúde, os resultados de sua pesquisa evidenciaram que existe uma relação entre os Planos de Saúde e os Planos de Governo, que em metade dos estados os planos de saúde foram concebidos a partir do plano de governo e que as políticas estaduais de saúde sofrem influência da direcionalidade das políticas de saúde do Ministério da Saúde. Os planos de saúde geralmente são elaborados dentro da SES, de forma colegiada e poucos casos em forma ascendente, e referendados nos espaços de controle social. Nessa pesquisa ficou evidente que recursos humanos qualificados são o elemento mais importante para a implementação de políticas de saúde e o principal obstáculo para a gestão do SUS. Outras dificuldades identificadas foram: a pouca cultura do uso do planejamento e avaliação como uma ferramenta de gestão; o processo de trabalho fracionado, isolado, desarticulado e segmentado; pressão e interferência externa que compromete a governabilidade; e financiamento.

Há que destacar a importância do processo de descentralização SUS nas mudanças ocorridas na gestão da saúde que além de transferir para os estados e municípios a execução de serviços transferiu poder, responsabilidades e recursos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004). Para Teixeira (1989), houve a democratização e incorporação de novos atores sociais, no cenário da gestão descentralizada da saúde e coube ao Estado o papel de regulação do sistema.

A operacionalização desse processo foi acompanhada pela edição das Normas Operacionais Básicas e portarias ministeriais que definiram as formas de gestão, os mecanismos para o financiamento da saúde e o modo como seria monitorado o processo. Em conjunto com estas medidas foram realizadas ações governamentais visando a capacitação técnica dos gestores, divulgação de

instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos humanos, financiamento de pesquisas, entre outros (MACHADO, 2002).

Portanto o processo de descentralização do SUS modificou a forma de gestão do setor saúde, criando novas instâncias de negociação, como as comissões bipartites e tripartites e os conselhos colegiados da saúde como espaços permanentes de negociação, mediação e pactuação entre gestores para a execução da gestão pública da saúde requerendo novos papéis, responsabilidade e competências dos gestores da saúde.

O planejamento e a epidemiologia adquirem força como instrumentos do processo de gestão (TEIXEIRA, 1999; PAIM, 2003, 2006; SCHRAIBER et al., 1999; MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002; COELHO; PAIM, 2005).

Schraider et al. (1999) acrescentaram o planejamento e a gestão como tecnologias de poder inseridas no processo de produção de serviços de saúde, como ferramentas portadoras de um saber operante ou tecnológico. O planejamento seria um saber tecnológico, aquele que conhece "o modo de dispor, arranjar e processar outras técnicas" e a gestão um saber operante porque processa a instrução do planejamento para decidir sobre a execução de uma intervenção em saúde.

2.4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A organização dos serviços proposta para o SUS está definida no artigo 198, da Constituição Federal de 1988 onde as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. Na organização dos serviços são estabelecidas as relações entre as unidades e estabelecimentos de saúde da rede de serviços, suas funções específicas, complementares e de apoio (BRASIL, 1990a).

Em outras palavras, a organização dos serviços é o desenho e o arranjo da disposição das unidades e dos serviços com a definição do eixo de atuação para

cada um desses estabelecimentos e para o conjunto. Estabelece a forma como os serviços serão dispensados pelos diferentes profissionais para a operacionalização efetiva de um modelo de atenção. A organização dos serviços prevê os insumos disponíveis para a execução do trabalho em saúde, tais como estruturas físicas, materiais, equipamentos e a força de trabalho com suas relações de trabalho, atribuições e competências.

Pensar na organização dos serviços é conceber a existência de normas, procedimentos, protocolos e rotinas, fluxos de informação e comunicação, estratégias de capacitação de profissionais, atribuições e responsabilidades dos diferentes níveis dentro da organização, estratégias para o acompanhamento, monitoramento, avaliação e controle, disponibilidade de recursos materiais e equipamentos utilizados no efetivo desenvolvimento do processo de trabalho em saúde e do modelo de atenção.

Como os serviços de um sistema de saúde são produzidos em estruturas diversificadas unidades da rede de saúde (UBS, UBSF, ambulatórios especializados, hospitais secundários, hospitais terciários, laboratórios, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) pela sua característica do trabalho fragmentado da saúde, pela orientação normativa de ser descentralizado, regionalizado, mas sob comando único, a organização dos serviços passa a ser um lócus de produção com a incumbência de visualizar o todo e pensar nas formas de articulação entre as partes para recuperar sua totalidade original. No dizer de Campos (2006) "realizar a mágica de integrar o desarticulado em si mesmo".

Assim, a concepção de organização de serviços nos contextos mais tradicionais, ao mesmo tempo em que divide as partes do processo de trabalho executado, ela deve agregar o conjunto dos estabelecimentos produtores dos serviços de saúde para visualizar o todo e avaliar o alcance dos objetivos propostos.

Tradicionalmente a organização dos serviços reflete a estrutura verticalizada da secretaria de saúde. Os atores responsáveis pela produção da saúde utilizam os conhecimentos técnicos e políticos que fortalecem a prática de saúde proposta e o desenvolvimento do processo de trabalho configurado para atender à política de saúde estabelecida. Na organização dos serviços estão as bases operacionais para a coordenação e monitoramento do processo de trabalho, visando ajustar o conhecimento e a prática dos profissionais para atender os princípios e as diretrizes do sistema de saúde.

Cecílio (1997) apontou como vantagens do sistema regionalizado e hierarquizado que pressupõe o desenho de estrutura piramidal para a organização dos serviços de saúde: expansão de cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde; a rede básica de serviços de saúde teria a responsabilidade pela atenção a grupos populacionais bem definidos; racionalização dos recursos existentes no setor saúde, tendo como porta de entrada as unidades básicas; a proximidade do usuário; e, como orientador para a priorização de investimento. Esse conjunto de características definiu o "ideário de justiça social" para os defensores do SUS. Contudo, na prática as unidades básicas não se constituem a porta de entrada porque a população recorre ao ambulatório hospitalar e/ou pronto-socorros para o atendimento de patologias simples que poderiam ser resolvidas nas unidades básicas; e a dificuldade de acesso aos serviços especializados pela ineficácia do sistema de referência e contra-referência, e inadequado dimensionamento da oferta de serviços de média e alta complexidade, especialmente cirurgias e exames diagnósticos. Assim, este autor propõe novos fluxos, círculos e novas alternativas de entrada e saída do sistema de saúde que refletem o movimento real dos usuários, dos seus desejos e necessidades

Campos (2006) comentou que predominam duas formas de organização de serviços: organizações mais hierarquizadas com a agregação vertical de profissionais ou grupos especializados responsáveis pela parcela que lhe cabe, assim elaboram seus próprios regulamentos, objetivos e normas, tornando o trabalho burocratizado. No outro extremo estariam as estruturas mais horizontais, com distribuição mais homogênea de poder, mas que também incorrem no exagero de não realizar o trabalho necessário porque fica estabelecida a responsabilidade pessoal de cada profissional.

Para solucionar a questão da polaridade dos modelos de organizações, Campos (2006) propôs uma organização intermediária baseada na Saúde Paidéia, onde a discussão da produção dos serviços seria conduzida de forma democrática utilizando o Método da Roda, seriam constituídas as equipes de Clínica Ampliada com responsabilização e vínculo e os atores sociais seriam submetidos ao efeito Paidéia ampliando a capacidade de auto-análise, de análise de contexto e de intervenção sobre si mesmo e sobre o contexto. Entretanto esse novo modelo para organização da produção da saúde ainda permanece minoritário e localizado em alguns municípios.

O alcance do princípio da integralidade está relacionado a duas dimensões; integralidade do sistema de saúde pela organização dos serviços com oferta qualificada de serviços de baixa, média e alta complexidade; e pela prática de saúde integral com ações de prevenção, promoção, diagnóstico, terapêutica e recuperação (TEIXEIRA; 2004; PINHEIROS; MATOS, 2003). Teixeira (2004) afirmou que do ponto de vista conjuntural, a "flexibilização e aperfeiçoamento da estratégia Saúde da Família pode ser um elemento fundamental" para a redefinição da organização dos serviços da atenção básica tomando como imagem-objeto a atenção integral.

A estratégia da saúde da família (ESF) tem o poder indutor de provocar mudanças na organização do sistema de serviços de saúde na medida em que conjuga esforço para a mudança na organização da atenção de média e alta complexidade (TEIXEIRA, 2004).

Nessa perspectiva, a ESF propõe o alcance da integralidade. Nesse sentido, Hartz e Contandriopoulos (2004) cunharam o conceito de integração em rede de serviços, ou "sistemas sem muros" verificando que para eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção torna-se imprescindível desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação de uma gestão eficiente que responda às necessidades de saúde da população.

Paim (2006) acrescentou duas perspectivas à noção de integralidade: como forma de atuação profissional sob o biológico, psicológico e social e como a articulação de "um conjunto de políticas públicas dirigidas para a melhoria da qualidade de vida, dos determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial".

Machado et al. (2007) também compreenderam integralidade como uma qualidade do cuidado de saúde "percebendo o usuário como sujeito histórico, social, político, articulado no seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere".

Outras diretrizes e/ou princípios do sistema de saúde brasileiro seriam a equidade e o acesso universal. A equidade diz respeito à maior oferta de serviços para a população que tem menos saúde, ou seja, portadora de mais necessidades (DUARTE, 2000) e o sistema universal pressupõe o atendimento de todos os cidadãos sem distinção. Segundo Giovanella (2003) a concretização do sistema universal no Brasil implica em articular políticas sociais às políticas econômicas

redistributivas e da "revitalização dos preceitos da justiça social e de solidariedade como valor ético e moral a ser amplamente compartilhado em nossa sociedade"

Paim (2006) considerou a equidade e a integralidade como os dois maiores desafios da atenção à saúde e do SUS pela forte característica de desigualdade social da população brasileira e pela desigual distribuição da infra-estrutura dos serviços de saúde que inviabilizam o acesso universal e produzem diferenças na qualidade da atenção.

Para Fleury (2002) a igualdade no uso dos serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer.

Autores como Rawls (1997) e Senna (2002) afirmaram que a política focalizada pode adquirir significado de ação afirmativa ou discriminação positiva no sentido de promover maior equidade. Nesse sentido, o PSF assumiu "caráter de inclusão de grandes grupos populacionais que se encontram fora do acesso mínimo" à saúde (SISSONE, 2007). Mesma posição foi assumida por Viana e Dal Poz (1998) no estudo sobre as etapas de formulação e implementação do PSF no Brasil.

Cabe destacar, entretanto que a organização dos serviços nas unidades básicas de saúde pode seguir a orientação de atendimento à demanda espontânea ou em sistema de agenda fechada com horários pré-estabelecidos para cada tipo de atendimento previsto para aquela unidade, ou também podem estabelecer outras combinações.

Pinheiro e Matos (2002) afirmaram que demanda é uma construção social, "se constrói na luta pela garantia do direito à saúde como direito de cidadania", sua construção é possível quando se tem um trabalho em equipe com profissionais qualificados para reconhecer a importância da voz dos usuários e de sua participação no espaço público das unidades e serviços de saúde.

Para Spink (2007) existem quatro acepções de demanda: como direito que necessita ser assegurado; como necessidade do campo da economia e se contrapõe à oferta; como precisão e carência que deve ser atendida no Estado democrático de direito; e, como desejo subjetivo, como necessidade sentida pelo usuário.

Os atendimentos de saúde nessas unidades podem ser organizados com base nas necessidades e problemas de saúde da população que são identificadas no diagnóstico de saúde. Ou seguindo as programações verticais prioritárias para as

diferentes faixas etárias e grupos de risco, o que restringe a liberdade e autonomia do profissional (FEUERWERKER, 2005). As ações programáticas utilizam conhecimento e tecnologias que agem sobre os grupos populacionais, portanto privilegiam a epidemiologia para definir o objeto de trabalho, que é a doença e o risco de adoecer coletivo, entretanto utilizam também a clínica para o atendimento individual (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Para Campos (1999, 2003), a organização dos serviços de saúde seria estruturada em clínicas ampliadas composta pela Equipe Local de Referência e Equipe Matricial de Apoio Especializado. A Clínica Ampliada seria composta por profissionais que possuem diferentes modalidades de conhecimento clínico (do enfermeiro, do psicólogo, do médico). Teria um objeto de trabalho ampliado para além da doença, sobretudo constituído pelo sujeito ou grupo de sujeitos enfermos ou com possibilidade de adoecerem. Os meios de trabalho também seriam ampliados: escuta, o vínculo continuado, o acolhimento, a interação personalizada nas relações entre equipe e usuário; a responsabilização pela saúde entre ambos estabelecendo um elo amoroso; e a aplicação de um projeto terapêutico individual no caso do atendimento pela equipe de referência. O objetivo da clínica ampliada seria aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. A organização matricial teria no sentido horizontal as equipes de referência e no vertical as equipes da linha de apoio matricial, subvertendo a ordem da atual lógica da organização dos serviços. A indicação para o uso do serviço produzido pela equipe matricial dependeria da concordância entre o terapeuta de referência, o profissional que oferece a atividade matricial e o próprio usuário. As equipes de referência seriam o "esqueleto de sustentação das organizações de saúde" e os antigos departamentos especializados integrariam o eixo de apoio matricial (CAMPOS, 1999).

Para a organização dos serviços os atores responsáveis pelo trabalho utilizam os conhecimentos técnicos e políticos que fortalecem a prática de saúde proposta e o desenvolvimento do processo de trabalho configurado para atender à política de saúde estabelecida. Na organização dos serviços estão as bases operacionais para a coordenação e controle do processo de trabalho, assim como para a execução de treinamentos, capacitações e ações de educação continuada visando ajustar o conhecimento e prática dos profissionais para atender os objetivos do sistema de saúde.

2.5. PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O conceito de processo de trabalho em saúde no Brasil nasceu nos estudos de Donnangelo (1975) sobre a medicina e a sociedade utilizando-se do referencial teórico do materialismo dialético. A mesma linha de pesquisa foi adotada por Mendes-Gonçalves em seu estudo sobre as raízes sociais do trabalho médico e sobre a organização tecnológica do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo (1979, 1986, 1994).

O trabalho em saúde a partir desse marco teórico é considerado como mais um trabalho realizado no mundo capitalista, portanto sofre as determinações políticas, econômicas e sociais. Na concepção materialista, os trabalhadores da saúde são considerados como força de trabalho necessária à produção sanitária, portanto são produtores e reprodutores dos serviços e das ações de saúde que serão distribuídos e consumidos pela sociedade capitalista, que por sua vez reproduz o capital. Assim a produção de serviços de saúde também reproduz as necessidades de seu consumo e distribuição.

O trabalho em saúde também é caracterizado pela divisão técnica e social do trabalho envolvendo diferentes trabalhadores/profissionais com distintas formações, saberes, salários, condições de trabalho, status social e poder (GARCIA, 1989). Segundo o autor, a divisão técnica do trabalho é feita mediante o grau de habilidade manual ou intelectual requerida e sua valorização monetária leva à divisão social do trabalho onde os que possuem maior conhecimento teórico exercem o domínio sobre aqueles que detêm apenas as habilidades manuais e a relação de dominação também é exercida sobre o paciente ou usuário do serviço de saúde. Para Garcia (1989) esse modelo de trabalho em saúde caracteriza-se como burocrático onde os agentes perdem o controle sobre o processo global de produção, devido ao seu fracionamento, sua altamente especialização e sua impessoalidade.

O produto do trabalho na saúde se dá no momento exato da realização do mesmo, assim produção e consumo são simultâneos e ocorrem na relação direta entre o profissional de saúde e o usuário do serviço de saúde. Essa peculiaridade do trabalho em saúde foi destacada no estudo feito por Mishima et al. (2003)

identificando o produto das atividades de saúde como um valor simbólico criado pelo próprio trabalho, portanto um valor de uso, opondo-se a característica de bem material como na maioria dos produtos dos trabalhos, desta feita, o trabalho em saúde não é passível de armazenamento como outros produtos derivados por exemplo, do trabalho industrial, ou da produção artesanal. Sendo assim outros valores são atribuídos a esse trabalho e sua produção requer atenção a eles.

Segundo Mendes-Gonçalves (1994) o processo de trabalho é composto pelo objeto, meios/instrumentos e finalidade do trabalho. O objeto seria a matéria prima que será transformada parcialmente, o homem e o coletivo na sua condição de saúde-; os instrumentos e meios são as ferramentas utilizadas no trabalho representado pelos conhecimentos utilizados para operar a transformação nas necessidades de saúde presentes na sociedade e a finalidade do processo de trabalho é o que se busca e se espera como resultado da intervenção, que varia de acordo com as concepções sobre o processo saúde-doença e sobre o cuidado em saúde. Esclarecendo sua concepção de objeto de trabalho, Mendes-Gonçalves (1979) comentou:

O que entra no processo de trabalho é o portador da necessidade só parcialmente transformada em objeto. Ao terminar o processo de trabalho, o que dele sai não é apenas um produto que deve corresponder a necessidade, mas igualmente o portador da necessidade então atendidas durante o processo. (MENDES-GONÇALVES, 1979)

O que significa que o objeto de trabalho da saúde, o corpo, é sempre visto em partes e a necessidade que será atendida é parcial e menor do que ele. A matéria prima a ser transformada nesse processo de trabalho é apenas parcialmente modificada, porque não muda o corpo, mas atende-se a necessidade referida no momento da assistência. Portanto, para Mendes-Gonçalves (1979) o objeto de trabalho deve ser "discriminado em suas características para que se efetive a finalidade nele, mediante o uso dos meios e instrumentos de trabalho".

O objeto de trabalho do PSF é a família com suas necessidades de saúde, contudo será a concepção teórica deste objeto que definirá o modelo tecnológico de trabalho executado pelos agentes dessa prática social.

Para Friedman (1986) a família é uma unidade social composta por duas ou mais pessoas que estão emocionalmente envolvidas e vivem em proximidade

geográfica. Sua tipologia familiar é baseada na composição tradicional de família, ou seja, marido, esposa e filhos que é denominada de família nuclear ou conjugal. Família nuclear incompleta é aquela composta pelo casal que ainda não tem filhos; família de origem é aquela onde a pessoa nasceu; família extensa ou ampliada é composta pela família nuclear acrescida dos parentes consangüíneos; família incompleta refere-se ao grupamento onde o marido ou a esposa estão ausentes, por motivo de morte, separação ou desquite. Essa autora faz referência aos modelos alternativos de família onde os filhos são adotivos, os casais são homossexuais ou as uniões são experimentais/temporárias sem a legitimação jurídica. Também comentou o crescimento das famílias formadas a partir da nova união de homens e mulheres provenientes de uniões conjugais que foram desfeitas e que trazem os filhos para a nova união, assim o casal passa a conviver com filhos do primeiro matrimônio materno e/ou paterno e por vezes acrescentam filhos de ambos na composição familiar.

Elsen (1994) apresentou cinco conceitos de família sob diferentes linhas teóricas: para o interacionismo simbólico, família é uma unidade de pessoas em interação; para a teoria do desenvolvimento da família, ela é um sistema aberto com uma história natural composta por vários estágios que determinam tarefas específicas para toda a família; para a teoria sistêmica a família é um sistema contendo sub-sistemas diferentes e maior do que a soma de suas partes e em interação constante com outros sistemas; na teoria do conflito a família é uma arena na qual ocorrem conflitos de interesse e alianças à procura de uma ordem negociável; e para o materialismo histórico a família é uma instituição social, um todo articulado, relacional, constituído pelo homem social, ativo, permeado pela estrutura social de classes.

Boehs (1994) definiu família como pessoas ligadas entre si por diversas razões, situando-se no sistema de parentesco. A estrutura da família, o tipo de ligação e a interação entre seus membros serão determinados pela cultura familiar. A família possui fases de desenvolvimento marcadas por episódio ou evento particular, seus membros ocupam posições na estrutura familiar e exerçam tarefas, dentre elas o cuidado de saúde. Essa autora utilizou a expressão "família em expansão" para caracterizar o casal com filho recém-nascido.

Os novos arranjos familiares surgem por inúmeros motivos que vão desde as inovações tecnológicas, novos papéis para a mulher e para o homem, novas atribuições para escola e o trabalho, como reflexo da flexibilização dos valores morais e religiosos, pela ressignificação e aceitação das opções sexuais pela sociedade, por determinantes econômicos e profissionais, e ainda por questões subjetivas e simbólicas do afeto e do vínculo, como discutidos por Bilac (2000), Sarti (2003), Petrini e Cavalcanti (2005).

Petrini (2005) identificou a ampliação do número de famílias monoparentais (compostas por mulheres e seus filhos) chefiadas apenas por mulheres que cumprem dupla jornada de trabalho mantendo algumas funções tradicionais das famílias nucleares. Outro movimento na dinâmica familiar identificado pelo autor foi a permanência dos filhos por mais tempo na família de origem e também o seu retorno a ela quando se separam levando muitas vezes seus filhos.

Lemos, Bertin e Gebara (2004) ressaltaram que a configuração de cada grupo familiar depende de sua cultura, classe social, religião, história, composição do sistema político, social e laboral. Compreenderam que a família enquanto fenômeno de estudo e intervenção requer uma abordagem interdisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar aliada a uma prática social. A necessidade da abordagem conceitual transdisciplinar da família foi reafirmada por Trad e Bastos (1998) como um instrumento facilitador para a compreensão do contexto de desenvolvimento humano reconhecendo sua inserção social e como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde, ou seja, do processo saúde-doença.

Segundo Sarti (2003) para a população pobre, a família é um importante componente da rede de apoio social e de ajuda mútua diante da sua experiência de desamparo social e "uma referência simbólica fundamental que organiza e ordena sua percepção do mundo social, dentro e fora do mundo familiar".

Para Elsen (1994) a família deve ser reconhecida como responsável pelo cuidado e pela saúde de seus membros, por isso deve ser ouvida, suas dúvidas precisam ser sanadas, sua opinião ser considerada e ser incentivada para participar do cuidado à saúde. Recomendou aos profissionais de saúde que também cuidem dos cuidadores presentes nas famílias onde ocorre a atenção à

saúde e implementem o auto-cuidado como ação contínua dentro do cotidiano familiar.

O modelo de atenção à saúde da família, cujo objeto de trabalho é a família, comumente utiliza como instrumento de trabalho a visita domiciliar executada pelos diferentes agentes do processo de trabalho em diferentes situações para fazer intervenções também distintas a partir dos meios, instrumentos e saberes específicos que podem ou não ser compartilhados, porém com a finalidade de atender as necessidades de saúde do grupo familiar (BRASIL, 1994, 1998). É uma estratégia e uma política pública fomentada pelo Estado que passa a habitar o espaço doméstico da família, portanto adentra ao espaço privado desse grupo social.

A perspectiva histórica da entrada da medicina e da saúde no espaço familiar pode ser analisada em dois estudos sociológicos sobre o papel histórico da família no cuidado com suas crianças (DONZELOT, 1986; COSTA, 1983).

Para Donzelot (1986) a família constitui um espaço indissociavelmente privado e público de organização dos indivíduos na sociedade, "é a menor organização política possível" e está em constante transformação. A intervenção do Estado na família, segundo o autor, deu-se de duas maneiras: pela medicina doméstica que organizou a família em torno da conservação e educação das crianças; e pela intervenção dirigida às famílias pobres sobre a forma de campanhas de higiene e moralização da coletividade com ações médico-filantrópico-assistenciais.

Essas intervenções do Estado nas famílias ocorridas no século XIX permitiram a proliferação e a liberação de uma mão-de-obra politicamente dócil para o livre jogo do mercado, pois aprovavam as ações assistencialistas recebidas (COSTA, 1983). A casa ou residência tornou-se um espaço de regulação ao criar um contato entre o Estado e os indivíduos, famílias e cidades pela atuação da medicina higienista que avaliava as condições do ambiente e recomendava mudanças tanto para as instalações físicas como para os hábitos, costumes e cultura dos moradores (COSTA, 1983).

Assim, a estratégia de saúde da família, ao retornar ao espaço familiar, precisa definir qual é o seu objeto de trabalho, como ele se constitui

historicamente, como se dá sua inserção social, quais relações são estabelecidas na dinâmica e nas etapas do desenvolvimento familiar, quais as necessidades da família serão objeto de intervenção das ações de saúde. E, para além da concepção do objeto de trabalho familiar, também é necessário estabelecer relações de contratos, mediações e pactuação entre os profissionais de saúde sobre a finalidade da atenção à saúde das famílias. Garantir que os saberes, meios e instrumentos atendam as necessidades sentidas pelo grupo familiar. Em suma, construir uma organização tecnológica em saúde dentro do atual contexto social brasileiro com responsabilização.

Ribeiro (2004) identificou seis abordagens de família no PSF: família/indivíduo, família/domicílio, família/indivíduo/domicílio, família/comunidade, família/risco social e família/família. Na concepção de família/indivíduo, o foco real da atenção é o indivíduo, e a família é considerada o cliente nominal e não o objeto do trabalho. Os demais componentes desempenham papéis, tem deveres e responsabilidades e podem interferir positiva ou negativamente no processo saúde-doença do indivíduo. A família/domicílio corresponde ao ambiente, a infraestrutura material da família, o espaço físico é priorizado. O domicílio é que defini sua inserção nos serviços de saúde, e a sua situação de risco e/ou de necessidade de atenção. Família/indivíduo/domicílio defini a presença de um indivíduo doente presente no domicílio, ou do indivíduo em situações especiais que requerem o cuidado de saúde (puérperas, recém-nascido, agressor). Na família/comunidade os processos saúde-doença são universalizados, portanto não se trabalha com as singularidades, especificidades e individualidades. Para a acepção de família/risco social a idéia é de grupo de famílias em exclusão social, cujas condições materiais de sobrevivência estão comprometidas e podem receber abordagem "protetora/solidária/cidadã ou discriminadoras/julgadora/fóbica". Finalmente a abordagem denominada de família/família consiste na atenção sobre a família considerando sua identidade, valores, símbolos, etapa de desenvolvimento humano, rede social, sua inserção social, enfim seu "ser e viver" contextual e histórico.

O Projeto Paidéia de Saúde da Família, segundo Campos (2001), trabalhou o conceito de família como grupo que co-habita um mesmo espaço, possui uma rede de apoio e solidariedade e tem sua inserção social determinada por fatores

históricos e econômicos. A finalidade do trabalho foi aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado das famílias. A organização dos serviços previam equipes de saúde da família como equipe de referência em relação à equipe matricial de especialistas, ambas situadas no Centro de Saúde, gerenciado por um Colegiado que adotou a gestão participativa como modalidade de seu processo gerencial visando a construir eficácia, eficiência e atitude ético-política fundamentada na crítica propositiva. O acolhimento, a escuta e o vínculo foram os instrumentos centrais do processo de trabalho implantado nos serviços.

Na efetivação do processo de trabalho se conjugam as características do objeto e a finalidade do trabalho para determinar os meios de aproximação e transformação que serão utilizados, isto é, meios e instrumentos selecionados para a intervenção em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979). Para esse autor (MENDES-GONÇALVES, 1986), o processo de produção dos serviços de saúde contém tecnologias da saúde que foram definidas como:

...o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. (MENDES-GONÇALVES, 1986).

Tecnologias são os nexos técnicos estabelecidos no interior do trabalho pelos meios e instrumentos utilizados, os saberes e seus desdobramentos, os seus objetivos e finalidades tanto na compreensão do processo de trabalho quanto nas práticas de saúde, nos dizeres de Mendes-Gonçalves(1994; 1986). A concepção desse autor sobre a organização tecnológica do processo de trabalho enfatizou o saber como uma categoria central para a análise da produção dos serviços de saúde, considerando a epidemiologia e a clínica como ciências que estruturam a prática de saúde.

O trabalho em saúde está configurado no cuidado realizado pelos profissionais, sua força de trabalho, as transformações pretendidas e realizadas sobre a matéria prima, que é o homem no seu modo de "andar na vida" (CANGUILHEM, 1982) e como portador de necessidades de saúde em diferentes contextos sociais e históricos.

Mais recentemente, Schraider et al. (1999) discutiram a utilização do conceito de tecnologia como ciência e como conhecimento científico aplicado ao trabalho, referem que entre a ciência e o trabalho existem dois saberes:

o saber operante, também denominado tecnológico, que orienta a aplicação da ciência, da perspectiva da racionalidade da ação no trabalho; e o saber prático, em que, na atividade do trabalho, o próprio saber tecnológico se testa e se enriquece (SCHRAIDER et al., 1999).

Na percepção dessas autoras, tecnologia refere-se ao conjunto de saberes: científico, operante e prático que se manifesta durante a realização do trabalho em saúde.

A estratégia de saúde da família, embora tenha nascido apenas como um programa, avançou durante o processo de implantação, testando saberes, meios e instrumentos de trabalho distintos nos diversos municípios brasileiros e, portanto, não se constitui em um modelo padrão (TEIXEIRA, 2004). Entretanto, possui elementos potenciais para a mudança do modelo de atenção quando utiliza os saberes da clínica, epidemiologia e ciências sociais para intervenções de prevenção, promoção, recuperação e tratamento de uma população com base territorial inserida no contexto não apenas geográfico, mas também social, histórico e econômico.

Um dos instrumentos de trabalho do PSF é a visita domiciliar e o planejamento local baseado nas necessidades de saúde da população residente no território de atuação das equipes. Contudo, Teixeira (2004) comentou que o conteúdo das práticas e a forma de organização do processo de trabalho da atenção à saúde da família ainda não alcança "uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população conjugando ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos".

As ações intersetoriais são consideradas como um instrumento inovador e freqüente no processo de trabalho do PSF, embora com certa dificuldade pelo fato da governabilidade de processo extrapolar sua esfera de atuação e depender da intervenção do gestor, coincidindo com a dificuldade apontada por Junqueira (2000).

Existem relatos de experiência do PSF que revelam a manutenção da consulta médica como principal instrumento de trabalho e que por vezes se constitui como pronto atendimento em resposta à queixa do usuário, que determina uma conduta específica sem ampliar o conteúdo e as práticas que poderiam ser utilizadas, segundo Franco e Merhy (2003).

Em síntese, observa-se que a estratégia revelou conteúdos, meios e instrumentos inovadores, coexistindo com os tradicionalmente utilizados na atenção básica. Por isso, Teixeira (2004, 2006) sugeriu que a flexibilização e a qualificação da atenção à saúde da família deve ser orientada pelos saberes, meios e instrumentos da promoção da saúde e da vigilância à saúde.

2.6. PRÁTICAS DE SAÚDE

As práticas de saúde são compreendidas por alguns autores como os instrumentos ou as operações do processo de trabalho em saúde. Podem ser classificadas sob diferentes aspectos: individuais ou coletivas, conforme sua abrangência em relação ao contingente de pessoas a quem se destinam; práticas clínicas, por utilizar os saberes do pensamento biológico; e práticas epidemiológicas, quando utilizam o arsenal de conhecimento dessa ciência. As práticas de saúde também podem utilizar o conhecimento das ciências sociais para a compreensão e instrumentalização do processo de trabalho coletivo e individual (ALMEIDA FILHO, 1999).

Os conteúdos das práticas de saúde expressam o saber dominante daqueles profissionais, a intencionalidade das ações executadas e a opção de modelo a ser implantado. A prática profissional, segundo Campos (2000), é demarcada por um núcleo de conhecimento e um padrão de compromisso com a produção do trabalho da saúde, que é o valor de uso de um bem ou de um serviço, produto social e histórico. Esse núcleo de conhecimentos demarca a identidade de uma área do saber e de prática profissional.

As práticas de saúde refletem o modelo de atenção a ser implementado, sejam por meio dos saberes técnicos e políticos que serão utilizados durante sua execução, ou dos meios e instrumentos adotados: clínico, epidemiológico ou sociológico em que a saúde é considerada um direito do cidadão.

Quanto ao conteúdo abordado e à finalidade a ser alcançada, podem ser analisadas como: curativa, quando o objetivo é solucionar o problema da doença; preventiva, para evitar o adoecimento esperado caso não se realize a intervenção

sob o risco (MENDES-GONÇALVES,1994; ALMEIDA et al., 1997); promocional, quando o objetivo da intervenção é fortalecer as condições que potencializam a saúde e a qualidade de vida; e a prática da vigilância à saúde, que pretende fomentar ações intersetoriais integradas visando o monitoramento contínuo das condições promotoras da saúde e da qualidade de vida (TEIXEIRA, 2002a, 2002b, 2002c, 2003, 2006; O'DWYER; TAVARES; SETA, 2007; PAIM, 2003a, 2003b).

Elas podem prever a participação de apenas um dos profissionais ou de mais de um profissional, podendo ser caracterizadas como uma prática multiprofissional, interdisciplinar, transdisciplinar ou de equipe de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; PEDUZZI, 2001). As práticas de saúde também podem ter um caráter intersetorial envolvendo outras instituições, organizações e grupos para a sua realização, estabelecendo um processo de parceria e co-responsabilidade (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004; JUNQUEIRA, 2000; PINHEIROS; MATOS, 2003).

Mais recentemente, foi acrescentada às práticas de saúde a noção de humanização com diversos sentidos; oposição à violência institucional; qualidade do atendimento associando excelência técnica com a capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços (TEIXEIRA, 2005; AYRES, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005; DESLANDES, 2004a, 2004b; PUCCINI; IDE; CHAVES, 2004). Verificou-se ainda a atual discussão sobre o acolhimento e o vínculo como componentes das práticas e/ou dos serviços de atenção à saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007; SCHIMIT; LIMA, 2004; GOMES; PINHEIRO, 2005) que proporcionam um diferencial nas relações e responsabilidades entre usuário-profissional qualificando o trabalho em saúde.

Assim, o conceito de prática de saúde utilizado nesse estudo refere-se às formas de se selecionar, ofertar e executar ações em saúde no cotidiano do trabalho, realizando operações e procedimentos que envolvem o conhecimento técnico, político e das relações pessoais e sociais. Nas práticas de saúde se estabelece um processo intersubjetivo entre profissional e usuário mediado por sentimentos, emoções, valores, hábitos, costumes, símbolos e signos que requererem maior atenção dos atores envolvidos na produção da saúde.

CAPÍTULO III – CAMINHO METODOLÓGICO

3.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: ABORDAGEM DIALÉTICA HISTÓRICO-ESTRUTURAL

O referencial teórico-metodológico utilizado foi abordagem dialética histórico estrutural. Essa forma de abordagem possibilita a análise das condições objetivas e subjetivas da realidade social, que em parte é dada, em parte construída (DEMO, 1995; MINAYO, 2002, 2004; TRIVIÑOS, 1992; KONDER, 1994; ANDREY et al., 1988; KOSIK, 1989). Para Demo (1995):

condições objetivas são aquelas dadas externamente ao homem, ou dadas sem sua opção própria; e condições subjetivas são aquelas que dependem da opção humana, a capacidade de construir a história em parte, no contexto das condições objetivas. (DEMO, 1995).

A dialética histórico-estrutural permite compreender o processo histórico como uma realidade tipicamente dinâmica, não linear, ambígua e ambivalente, contudo reconhece nela estruturas organizadas. Nessa perspectiva, a realidade social é compreendida como essencialmente contraditória e em permanente transformação (KONDER, 1994). Para esse autor, a visão das partes e do conjunto de uma dada realidade social e qualquer objeto é parte de um todo e os fragmentos desse todo estão interligados. Ressaltou também que a visão de conjunto sempre é provisória e nunca esgota a realidade porque esta é mais rica do que o conhecimento que se pode ter dela.

Para Demo (1995), a categoria unidade de contrários é a mais relevante da dialética, pois permite compreender que as totalidades históricas estão em constante processo de transformação porque a sua dinâmica interna é baseada essencialmente na polarização, que lhe confere dinamicidade. Nesse sentido, ressalta-se que a qualidade política de um processo histórico social só é possível de ser alcançável na unidade dos contrários, portanto não é algo dado, mas construído.

Para Sônia Fleury Teixeira (1989), a abordagem histórico-estrutural da saúde permite compreender as relações do Estado com a saúde em três níveis: político, ideológico e econômico.

Em nível político, pode-se compreender “as políticas de saúde como parte do produto de legitimação do poder do Estado e conseqüentemente da manutenção do domínio de classes”. No plano ideológico é possível “desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social”; e, em nível econômico, verificar “as diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde”

Frente ao acima exposto, depreendeu-se que essa opção teórico-metodológica mostrou-se apropriada para analisar as transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde família no DF, evidenciando as potencialidades e limitações de cada período de execução da proposta no DF, ressaltando suas características e seus aspectos predominantes.

Há que se destacar que tomou-se o conceito de hermenêutica para a análise dos dados, ou seja, das condições objetivas e subjetivas do fenômeno estudado. Segundo Minayo (2005), hermenêutica “é a busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central”. Assim, nesse estudo, os documentos e depoimentos dos profissionais acerca do PSF/DF foram tomados como *corpus* da análise hermenêutica visando à compreensão do sentido dado às propostas nos diferentes períodos históricos.

Em relação à utilização da hermenêutica e da dialética como referenciais para compreensão dos fenômenos históricos, alguns autores como Demo (2002) e Minayo (2002). Essa última afirma que a hermenêutica e a dialética:

Trazem em seu núcleo a idéia fecunda dos condicionantes históricos da linguagem, das relações e das práticas. Partem do pressuposto de que não há observador imparcial, questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo da compreensão e da crítica. Hermenêutica e dialética também ultrapassam a tarefa de serem simples ferramentas para o pensamento e estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho.

...enquanto a hermenêutica, enfatiza o significado do que é consensual da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura e, portanto, para a crítica.

Nesse sentido, percebeu-se que a combinação desses referenciais permitiu a compreensão do modelo político-tecnológico sob a perspectiva da vivência dos atores participantes expressados por meio de depoimentos orais e documentos, permitindo a análise crítica desse processo, identificando-se as diferenças, as contradições e os conflitos.

Por fim, ressalta-se que foram definidas como categorias analíticas: a política e a tecnologia porque contêm conteúdos históricos e sociais relevantes para se tornarem guias teóricos para a compreensão o conhecimento de um objeto social.

Assim, adotou-se o conceito de política entendido como uma atividade realizada por grupos que compõem a sociedade em torno da relação social que constitui o poder, ou seja, política é uma proposta de distribuição do poder nas sociedades, (TESTA, 1992). Nela estão reunidos componentes da expansão e retração do campo da saúde, direcionalidade da prática dos serviços, intencionalidade dos atores sociais na priorização e dispersão dos cuidados e serviços. O conceito da tecnologia foi apreendido como os saberes e os instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam as suas práticas em uma totalidade social que considera as condições objetivas e subjetivas da realidade. Segundo Mendes-Gonçalves (1994), a produção tecnológica em saúde é constituída de objeto, finalidade, meios e instrumentos materiais, e não materiais adotados pelos agentes produtores.

3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de vários procedimentos, visando conhecer o objeto estudado em maior profundidade, a saber: análise documental, entrevista semi-estruturada e grupo focal. Além disso, durante o processo de coleta de dados, a pesquisadora utilizou um diário de campo para documentar as informações obtidas a partir de sua inserção no mundo empírico visando obter conhecimentos sobre o objeto de estudo e registrar a trajetória da investigação.

3.2.1. A ANÁLISE DOCUMENTAL

Consistiu na identificação, descrição e análise dos elementos constituintes do modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família do Distrito Federal partindo dos documentos oficiais da Secretaria de Saúde do DF, do período em estudo:

- Planos de Saúde do DF;
- Relatórios das Conferências Distritais de Saúde;
- Propostas para o PSF (“Programas Saúde em Casa” – SC, “Programa de Saúde da Família” – PSF, e “Programa de Família Saudável” – FS); e
- Convênios e/ou contratos de parceria da SES/DF para execução do PSF (com Instituto Candango de Solidariedade e Fundação Zerbini).

O registro dos documentos selecionados foi feito em formulário específico contendo: proposta, título do documento, autoria, responsável pela publicação, data, resumo dos conteúdos, tópicos importantes, categorias analíticas e operacionais presentes (Anexo A).

Os conteúdos dos documentos abordados foram:

- a) Planos de Saúde do DF: estrutura organizacional da SES/DF, missão, objetivo, estratégias atenção primária à saúde, problemas do sistema de saúde e da população, histórico do sistema de saúde, conceito de saúde,. Inserção do PSF: posição na estrutura da SES/DF, articulação com rede de serviços da SES/DF, sintonia com os princípios e pressupostos do SUS e enfoque do modelo de atenção.
- b) Conferências Distritais de Saúde: destaque para PSF na atenção básica, no sistema de saúde e propostas para a mudança do modelo de atenção.
- c) Proposta PSF: objetivos, estratégias, composição equipe, critérios de instalação das equipes, locais prioritários, quantitativo de equipes, práticas inovadoras, articulação com a rede de serviços da SES/DF, monitoramento, avaliação, práticas e organização tecnológica da produção dos serviços do PSF.
- d) Instrumentos Jurídicos de Parceria para execução do PSF: histórico, tipo de parceria (convênio, contrato), responsabilidades, atribuições, acompanhamento, controle, especificidades e ajustes.

3.2.2. ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE CENTRAL E DA REGIONAL

Para apreensão da trajetória da implementação do PSF no Distrito Federal nos diferentes períodos utilizou-se a técnica de entrevista de história oral temática (HAGUETTE, 2000), que permitiu descobrir o significativo das experiências na vida

dos entrevistados, suas percepções e cosmovisões, ou seja, "sua maneira de interpretar o mundo", (TOBAR; YALOUR, 2001).

A amostra de entrevistados foi obtida intencionalmente e constituída a partir do informante-chave que indicou outros atores que pudessem retratar a história do PSF em um determinado período. Inicialmente foi realizado contato telefônico para assegurar o cumprimento dos critérios de inclusão e verificar a disponibilidade para participarem da pesquisa. Os critérios para inclusão foram: ser profissional de nível universitário, sua inserção profissional na vigência da proposta (equipe central ou regional), tempo de permanência no programa igual ou superior a 12 meses. Participaram 20 profissionais, sendo 10 da equipe central, e 10 da equipe regional como pode ser verificado no quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados segundo a formação profissional e inserção central ou regional na Secretaria de Saúde do Distrito Federal por período

PERÍODO E INSERÇÃO	SAÚDE EM CASA 1997-1998		PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA/DF 1999-2003		FAMÍLIA SAUDÁVEL 2004-2006	
	C1	R1	C2	R2	C3	R3
Form. Profissional	C1	R1	C2	R2	C3	R3
ENF	02	03	01	-	03	01
MED	01	01	01	02	01	-
ODT	-	-	-	02	-	01
AS. SOCIAL	-	-	-	-	01	-
SUBTOTAL	03	04	02	04	05	02
TOTAL	07		06		07	

Foram entrevistados sete profissionais do SC, seis no PSF/DF e sete no FS. Do total de entrevistados, a maioria era composta por enfermeiros (50%), seguida por médicos (30%), odontólogos (15%) e uma assistente social (5%). As entrevistas foram realizadas em sua maioria no atual local de trabalho do profissional, quatro delas foram feitas na UNB a pedido dos participantes e duas foram na residência do entrevistado conforme sua solicitação. Três entrevistados não completaram a entrevista no primeiro contato, o que foi efetuado em um segundo encontro. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador. O volume de horas gravadas foi de aproximadamente 60 horas.

Utilizou-se dois roteiros de entrevista, uma para equipe central (Anexo B) e outro para equipe regional (Anexo C), com a finalidade de adequar as questões norteadoras dessa pesquisa ao nível de atuação dos profissionais e suas especificidades no desenvolvimento da proposta. Os conteúdos abordados foram:

- elaboração e difusão da proposta de atenção à saúde da família;
- objetivos e finalidades do projeto/proposta;
- estrutura organizacional da SES/DF para abrigar o programa/proposta;
- critérios para escolha dos territórios e implantação das equipes;
- parcerias formais para a execução do programa/proposta;
- gestão e gerência do processo político local e interfaces com os demais níveis (central, regional e local);
- modo de produção das ações de saúde e as relações entre os componentes da equipe e desta com as famílias;
- processo de monitoramento, supervisão, avaliação e controle;
- potencialidades e limitações durante o desenvolvimento do projeto/proposta para o alcance da modificação do modelo assistencial (tentativas e resultados); e
- continuidade e transição.

As entrevistas foram gravadas em áudio, após discussão e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo E) e preenchimento do formulário de identificação dos participantes (Anexo F) composto por dados pessoais, formação profissional e inserção no PSF.

3.2.3. GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE LOCAL

Realizou-se três grupos focais com profissionais da equipe local do PSF, sendo um para cada período: SC, PSF e FS. A escolha dos participantes foi intencional e os critérios de inclusão dos participantes foram: sua indicação pelos informantes-chaves entrevistados como componentes da Equipe Central ou Regional, ter formação universitária e ter vivenciado a experiência por um período igual ou superior a 12 meses. Os grupos focais foram compostos pelo menos por um

médico, um enfermeiro e um odontólogo; o número mínimo de participantes foi cinco. Houve diversidade de locais de atuação entre os profissionais.

A rede de informantes foi constituída a partir da indicação feita pelos entrevistados, da consulta aos documentos, da lista de ex-alunos do II Curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela UnB/FM em 2002, e de visitas à sala de aula dos alunos do III Curso de Especialização em Saúde da Família ministrado pela FEPECS (11/11/2006 e 1º/12/2006).

Foi estabelecido um contato telefônico prévio com muitos profissionais que participaram da proposta nos diferentes períodos para expor a proposta e checar sua inclusão pelos critérios estabelecidos e verificar a possibilidade de sua participação. Também foi esclarecido como seria o desenvolvimento da técnica do grupo focal (composição, duração, gravação, conteúdo e dinâmica).

A data e hora de realização da sessão foram fechadas após confirmar a participação de 15 pessoas. Um novo contato telefônico foi feito com todos que confirmaram sua participação na véspera e antevéspera da sua ocorrência, confirmando o horário, a sala e a importância de sua participação para compor o grupo mínimo exigido. As sessões de grupo focal foram gravadas em áudio, após a discussão e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo E) e preenchimento do formulário de identificação (Anexo F).

Foram realizados três grupos focais com profissionais da equipe local dos programas, sendo um para cada proposta (SC, PSF/DF e FS). O primeiro grupo do SC teve a participação de oito trabalhadores, sendo dois médicos, quatro enfermeiros e dois dentistas. O segundo, do PSF/DF, contou com cinco participantes, sendo dois médicos, um enfermeiro, um dentista e um assistente social. E o terceiro do FS foi composto por sete profissionais, sendo um médico, dois enfermeiros, dois dentistas, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo. A caracterização dos participantes dos grupos focais de acordo com a formação profissional, local de atuação e proposta pode ser verificada no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Caracterização dos participantes dos grupos focais segundo formação profissional e proposta de atuação

PROPOSTA	SAÚDE EM CASA 1997-1998		PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA/DF 1999-2003		FAMÍLIA SAUDÁVEL 2004-2006		
	FORM.	No.	Local	No.	Local	No.	Local
ENF		04	Recanto das Emas Planaltina Santa Maria Ceilândia	01	Samambaia	02	Estrutural Gama
MED		02	Paranoá São Sebastião	02	Recanto das Emas Sobradinho	01	Planaltina
ODT		02	Santa Maria Ceilândia	01	Núcleo Band. e Riacho Fundo	02	Estrutural Gama
AS.SOC.		-	-	01	Planaltina		-
FISIO		-	-	-	-	01	Estrutural
FONO		-	-	-	-	01	Gama
TOTAL			08		05		07

O quadro 2 demonstra que 20 profissionais de equipes locais participaram dos grupos focais, sendo oito para o primeiro período, cinco para o segundo, e sete para o terceiro. A proporção de profissionais que compuseram os grupos focais foi de 35% enfermeiros, 27.5% de médicos, 27.5% de odontólogos, 5% de assistente social, 5% de fisioterapeuta e 5% de fonoaudiólogo. Sendo que apenas o período do FS possuía fisioterapeutas e fisioterapeutas nas chamadas equipes multidisciplinares.

Os locais de atuação profissional dos participantes foram: Estrutural, Gama, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, Ceilândia e Núcleo Bandeirante/Riacho Fundo.

A distribuição dos componentes dos grupos focais em relação ao local de atuação foi diferente: da Estrutural participaram três profissionais: um enfermeiro, um odontólogo e um fisioterapeuta; do Gama participaram três profissionais: um enfermeiro, um dentista e um fonoaudiólogo; de Planaltina também participaram três profissionais: um enfermeiro, um médico e uma assistente social; representando o Recanto das Emas um médico e um enfermeiro; de Samambaia e de Ceilândia um

enfermeiro e um odontólogo; e, do Núcleo Bandeirante/Riacho Fundo um odontólogo.

Dois grupos focais foram realizados na Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e um foi na Instituição responsável pela gestão do pessoal que organizou o local e convidou os profissionais. A duração média da sessão de grupo focal foi de 180 minutos.

Para a efetivação do grupo focal do segundo período foi necessário fazer duas chamadas/convites, pois na primeira sessão compareceram apenas três profissionais inviabilizando a realização da atividade. Duas médicas e uma enfermeira do PSF/DF se recusaram a participar do grupo focal quando foram contatadas por telefone para a abordagem inicial e convite, justificando a sobrecarga de trabalho (40 horas semanais) e distância de sua casa até a UnB. Uma das médicas perguntou qual seria o valor do pró-labore para essa participação e foi esclarecida que não havia remuneração financeira.

Os participantes usaram crachá de identificação e foram orientados para a realização da atividade: duração, metodologia de discussão, necessidade de respeitar a fala do colega, identificar-se nominalmente para adequado registro do depoimento e possíveis situações de intervenção do coordenador.

No início da sessão o pesquisador fez uma breve exposição sobre o período em questão e sobre o objeto deste estudo para aquecimento dos participantes. Houve a participação de um observador em todas as sessões. A tarefa do observador foi a de realizar anotações sobre as discussões, comunicações não verbais, a circularidade da discussão e outros registros.

Durante a sessão o pesquisador teve o papel de monitor/animador da discussão cumprindo as seguintes atribuições de introduzir a discussão e a manter acesa; enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas, observar os participantes, encorajando a palavra de cada um, busca as deixas de continuidade da própria discussão e fala dos participantes, observa as comunicações não verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate. (MINAYO, 2004)

O roteiro de questões para o grupo focal (Anexo D) foi pautado nos seguintes conteúdos que servirão de baliza para monitor/animador:

- objetivos e finalidades do projeto/proposta;
- características das famílias atendidas pelo programa e das unidades;

- composição da equipe, treinamento e educação continuada;
- etapas de implantação;
- planejamento das ações e serviços;
- organização do processo de trabalho local e interfaces com os demais níveis de atenção;
- práticas de saúde na atenção à saúde das famílias
- monitoramento e avaliação do projeto/proposta; e
- potencialidades e limitações presentes durante o desenvolvimento do projeto/proposta para a mudança do modelo assistencial.

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

Adotou-se os princípios da hermenêutica para compreensão dos textos e contextos produzidos pelos sujeitos nos documentos, nas entrevistas e nos grupos focais, utilizando-se a triangulação dos dados coletados.

Para análise documental adotou-se os seguintes procedimentos: leitura dos textos, sublinhando-se os aspectos relevantes do texto acompanhadas das observações feitas pelo pesquisador. Ao final foi feita uma síntese dos tópicos importantes e uma primeira análise crítica para verificar quais eram as narrativas que se destacavam como categorias empíricas: gestão política, organização dos serviços e práticas de saúde.

Para análise das entrevistas individuais e grupais seguiram-se as seguintes etapas:

- A primeira era a do ordenamento dos dados, que consistiu em encaminhar as gravações para a transcrição, e em seguida submetidas à correção textual pelo pesquisador. Nesse momento foram feitas correções gramaticais, ordenamento das falas repetitivas e supressão de expressões redundantes. Durante esse processo o pesquisador teve um contato exaustivo com os depoimentos sendo impregnado pelas falas e iniciando a busca pelas mesmas categorias empíricas.

- A segunda foi a da a classificação dos dados, quando foi feita a leitura flutuante exaustiva horizontal dos textos/material, quando se iniciou a construção das categorias empíricas.
- E a última foi a leitura transversal, foi o momento da leitura de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. Nesse momento utilizou-se como critério de classificação dos dados as variáveis empíricas (gestão política, organização dos serviços e práticas de saúde) e as variáveis teóricas (política e tecnologia) construídas anteriormente pelo pesquisador.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os aspectos éticos recomendados pela Resolução n. 196/96 (BRASIL/CNS, 1996). O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa: da Faculdade de Ciências da Saúde número 087/2005, 11 de novembro de 2005; e SES/DF, processo 024/2006, parecer número 055/2006, de 20 de abril de 2006. Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos deste estudo através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) e todas as dúvidas foram dirimidas. O formulário TCLE foi assinado pelo pesquisador e pelos sujeitos da pesquisa, em duas vias, ficando uma para o participante e outra para o pesquisador. Foram esclarecidas aos sujeitos as formas de divulgação dos resultados em fóruns e periódicos científicos, com a garantia de jamais citar nomes ou revelar suas identidades.

A fim de resguardar o sigilo das identidades e o anonimato das informações, os entrevistados foram identificados com código correspondente à sua inserção na equipe técnica central, regional e local (C, R, L, respectivamente), seguido de um dígito que correspondeu ao programa de sua atuação: 1 para o SC, 2 para o PSF/DF e 3 para o FS,; acrescido de um segundo dígito identificador do entrevistado. Para o terceiro período foi acrescentada a letra "z" para identificar o profissional da FZ.

CAPÍTULO IV – RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1. O PROGRAMA SAÚDE EM CASA (1997-1998)

4.1.1 GESTÃO POLÍTICA DO SAÚDE EM CASA

A gestão do DF para o período de 1995-1998 foi assumida pelo “Governo Popular e Democrático”, que tinha um projeto político de oposição ao governo anterior e a conjuntura nacional era considerada por eles como neoliberal porque defendia a redução do Estado e das políticas sociais. Para área da saúde, a idéia era de universalizar o atendimento de forma racional seguindo as recomendações do MS de se trabalhar com o PSF, conforme o depoimento de um componente da equipe central do SC:

...estávamos com o governo popular e a necessidade de fazer o sistema universal. A grande divulgação do MS era trabalhar com a Saúde da Família como forma de dar racionalidade ao sistema para garantir assistência a todos (C12).

Percebe-se que, embora houvesse a intenção de organizar um sistema universal no DF, a conjuntura nacional era influenciada pelo modelo político-econômico neoliberal tencionando a correlação de forças entre os grupos aderentes aos pressupostos da reforma sanitária que se opunham à redução do papel do Estado e das políticas públicas focalizadas (PAIM, 2006; CAMPOS, 1991).

Na medida em que a equipe de governo assumiu, a SES/DF passou a vivenciar a responsabilidade de fazer cumprir sua proposta de campanha e seu projeto político para o sistema de saúde distrital. Os entrevistados expõem sua percepção sobre esse período inicial revelando a existência de diversidade de projetos políticos a serem pactuados pela equipe governante:

Era uma equipe muito nova, a primeira vez que o PT e o PC do B com a esquerda assumiu o DF, imagina quantos projetos tinham dentro daquela SES/DF. Se o coordenador não fosse muito forte, cada um ficaria com o seu projeto, meio que veladamente, boicotava o projeto do outro (C12).

Como era a primeira vez que um grupo de oposição assumiu o Governo do DF com um projeto democrático e reformador, ele vivenciou as mesmas etapas

características de gestão política transformadora, analisadas por Merhy e Queiroz (1993). Iniciou o processo fazendo o reconhecimento da máquina administrativa, propôs uma intervenção para a solução dos problemas, ao mesmo tempo em que trabalhava com a perspectiva de inserir novos projetos para a saúde dentro da proposta de discussão coletiva que demandou mais tempo para a efetivação do projeto.

O primeiro ano de Governo, 95, foi um período de tomar o pé da casa, pegamos a rede sucateada, desabastecida do ponto de vista de insumos e medicamentos, equipamentos degradados, servidores desmotivados, com uma desorganização total. Foi um período de reorganização, de buscar bases e alianças para trabalhar com projeto que tínhamos estabelecidos no nosso plano de Governo, na nossa proposta de programa de Governo. Só foi possível construir o projeto e iniciamos no segundo ano, mas deslanchou mesmo no terceiro ano (C11).

A análise da situação do setor saúde do DF à época considerou a determinação da II Conferência de Saúde do DF (CSDF) ocorrida em 1991 (GDF/SES, 1991) de se implantar o SUS no DF. O Plano de Saúde de 1997-1998 (GDF/SES, 1997) reconstituiu esses fatos históricos, reafirmou o compromisso com o SUS e definiu sua organização, composição e funcionamento. Entretanto, a operacionalização do SUS/DF não foi fácil por ser uma proposta única no mundo e contra-hegemônica ao contexto político-econômico capitalista vigente:

O SUS é teoricamente muito bem estruturado, as suas bases muito bem colocadas, os seus princípios e as diretrizes, a participação da população, trabalhar com a integralidade, acesso universal. Praticar isso não tem sido fácil, porque não existe experiência semelhante em nenhum lugar do mundo. O SUS é uma proposta contra-hegemônica, ela caminha para um lado, para uma direção, que geralmente é mais fácil em regime socialista. Implantar isso em governo capitalista não é fácil, daí a dificuldade (C11).

O depoimento revelou a compreensão teórico-operacional do entrevistado sobre o SUS como modelo pautado nos anseios social-democráticos, tais como a universalização, a participação popular e a integralidade da atenção, buscando sua efetivação na sociedade capitalista sob os efeitos do contexto neoliberal concordando com as reflexões de Fleury (2001) e Paim (2006) sobre o sistema de saúde brasileiro.

Como visto anteriormente, as deliberações da II CSDF de 1991 e do Seminário sobre Saúde no DF: “Um passo à frente na qualidade”, ocorrido em 1993 (GDF, 1993), foram os antecedentes que expressaram o anseio de reforma estrutural da SES/DF adotados por esta gestão (GDF, 1998).

Cabe lembrar que, para além da saúde, o Governo do DF implementou a estratégia do Orçamento Participativo visando ampliar a discussão sobre o tema para definir a alocação dos recursos de acordo com a necessidade sanitária de cada região, demonstrando um novo caminho para corrigir a desigualdade por meio da utilização de critérios e prioridades definidas tanto pelo diagnóstico técnico de problemas quanto pela perspectiva da comunidade de forma democrática e transparente. Para a saúde, essa estratégia permitiu que a população participasse da fixação de prioridades, tomada de decisão e monitoramento da execução de ações visando à qualidade de vida e de saúde, "incrementando o poder da comunidade", ou empoderamento, que na avaliação de Buss (2003) é um traço característico do modelo de promoção da saúde executado por atores sociais que buscam a "defesa da causa, capacitação e mediação".

Demorou porque trabalhávamos com a discussão, com o pensamento do outro, do colega, e o pensamento da população também. Não se faz isso em curto prazo (C13).

Durante esse período, o Secretário de Saúde João de Abreu priorizou a discussão do DS. A agenda estabelecia o Distrito Sanitário (DS) como unidade do sistema de saúde no DF, garantia o controle social, criava o Fundo de Saúde do DF (FSDF), redimensionava e qualificava a rede de serviços básicos de saúde (Centros e Postos), criava mecanismos jurídico-administrativos para conferir autonomia de gestão às unidades hospitalares e DS e a auditorias técnicas permanentes entre outros (FBP, 1995).

Contudo, a proposta de DS não foi concretizada, manteve-se a organização dos serviços em Regionais de Saúde, seguindo a tradição histórica do sistema de saúde da cidade. Os motivos que contribuíram para a manutenção das Regionais de Saúde da SES/DF foram muitos, dentre eles, as determinações federais que impediam um novo desenho organizacional, a resistência dos grupos mais conservadores do GDF, da própria SES/DF e da FHDF e as implicações decorrentes dessa mudança nos demais setores do GDF. O depoimento a seguir revelou a compreensão do profissional sobre esse último fator impeditivo:

É muito mais complexo criar uma Regional de Saúde do que uma Regional Administrativa. A Administrativa se cria com a existência da cidade e se cria no papel, por decreto. A de Saúde você tem de criar Hospitais, Centros de Saúde, Postos, nesse modelo aqui do DF é muito mais complicado. Ter um orçamento próprio para a Regional de Saúde: quanta gente para trabalhar nesse hospital, equipamento. A Regional Administrativa não é criada com uma meta para a saúde, de jeito nenhum (C13).

O Fundo de Saúde do DF foi criado em 1996 como uma instância de controle financeiro e social com composição paritária de trabalhadores e usuários no seu Conselho Administrativo seguindo os critérios do MS. Sua função técnica e política era repassar os recursos da União para a SES/DF dando maior flexibilidade gerencial e administrativa à política de saúde (GDF, 1998).

A característica marcante da proposta para a saúde nesse período foi a democratização da saúde com o estímulo à participação popular e o fomento à consolidação do controle social nas instâncias formais do SUS/DF, como as Conferências de Saúde e os Conselhos Regionais de Saúde, e nos espaços informais das relações entre os profissionais da saúde e a comunidade.

A criação dos Conselhos Regionais de Saúde e a realização das Conferências de Saúde foram medidas democratizadoras da saúde previstas no SUS e adotadas nesta gestão possibilitando a ampliação da consciência sanitária dos moradores da região. Revelou-se como uma tentativa de aproximação da gestão coletiva dos serviços de saúde elaborada por Campos (1991, 2000) porque pretendia a socialização do conhecimento e a construção ampliada da "capacidade de direção e de governo para a saúde", aliada à co-responsabilidade no desenvolvimento do projeto de organização e gestão dos serviços de saúde.

A participação democrática da SES/DF até o cidadão, passando pelas chefias, hierarquias, profissionais de saúde, médico, enfermeiro, associações da comunidade, associações políticas, e tal, tal, tal. A discussão foi e voltou. Houve esse vai e vem constante. Dá para trabalhar democraticamente, organizadamente, funcionalmente, dá para fazer as coisas. Esse é o maior ponto positivo. E teve uma ação concreta: as pessoas que estavam desorganizadas começaram a organizar (R14).

A proposta de Reformulação do Modelo de Atenção no DF (REMA) (GDF/SES, 1996a) era baseada nos fundamentos políticos do programa de governo e nas oficinas realizadas entre gestores da FHDF e SES durante o ano de 1995, que culminou com a realização da IV CSDF em 1996 para legitimar o projeto. O modelo REMA (GDF/SES, 1996a) foi uma agenda técnica e política para a reforma do modelo de atenção e da estrutura da organização dos serviços desenvolvidas a partir de 1996, incluindo a atenção à saúde da família.

No modelo REMA, a estrutura básica do sistema de saúde seria o DS integrado em rede com as demais unidades do distrito, porém com administração própria sob gestão única da SES/DF (GDF/SES, 1996a):

A REMA pretendia reforçar e trabalhar com as equipes locais de saúde. O SC era uma idéia que existia dentro dessa reformulação de modelo. Fez-se muitas oficinas nas Regionais de Saúde para sensibilizar as equipes sobre a realidade local, capacitá-las para o levantamento da situação de saúde local e o CEDRUS participava o tempo inteiro. Depois tinha um planejamento estratégico (PED) que começou dentro do REMA praticamente (R13).

Posteriormente, a Dra. Maria José Conceição (Maninha) assumiu a gestão da saúde com a responsabilidade de implantar a atenção à saúde da família (equipes do SC) para dar visibilidade e rapidez ao processo de mudança do modelo de atenção, porque a discussão do DS foi demorada e não resultou no produto esperado.

A agenda desse Governo previa o desenvolvimento de políticas públicas articuladas para assegurar as condições básicas de vida da população, tais como: emprego, escola, segurança, transporte, habitação digna, lazer, cultura (FBP, 1995). O que vai ao encontro da concepção de ação intersetorial apresentada por Junqueira e Inojosa (1997): "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação das ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão".

Operacionalizar a intersetorialidade nas políticas desse governo requereu o desenvolvimento de um processo de articulação entre os diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses, visando a mudança das práticas e das organizações gestoras dos diversos setores, e encontrou as resistências previstas por Junqueira (2000): "um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesse".

O fato de propor que a saúde estivesse integrada às demais políticas setoriais para alcançar um objetivo único: o bem-estar da população, demonstrou um elemento comum e transversal às propostas políticas setoriais, que é uma característica do modelo de promoção da saúde, envolvendo outros atores, instituições e saberes (BUSS, 2003) como um desafio proposto e que foi conquistado na prática (PAUL; PALHA; PROTTI, 2004). A intersetorialidade foi efetivada por meio de parcerias da SES/DF com setores do Governo, conforme apontam os dados obtidos nas entrevistas:

Fomos solicitados pelo Estado para fazer parcerias com a educação, com o meio ambiente em função do diagnóstico das condições sócio-sanitárias da comunidade que fazíamos no SC. Tinha uma ação junto à Secretaria do Trabalho e à Secretaria de Agricultura para o desenvolvimento da agricultura familiar, porque implantamos 100% de cobertura na área rural.

Mostramos a realidade daquelas famílias para implantar o programa de agricultura familiar com a pequena indústria de produção e fabricação de doces, biscoitos. Foi um trabalho muito rico (C11).

Observou-se que nesse período houve sincronia entre o Plano de Governo e o Plano de Saúde, e, dentro deste, a proposta de reforma do modelo de atenção utilizando a estratégia de saúde da família. Os planos e projetos foram apresentados de maneira sucinta indo ao encontro da recomendação de Campos (1991) para os gestores do SUS comprometidos com a reforma do sistema de saúde: deveriam apresentar à sociedade um projeto apontando os principais rumos das mudanças de forma clara e sintética "porque um documento extenso ajudaria a militância nas funções administrativas democráticas, mas não convenceria o trabalhador".

A proposta dessa gestão revelou uma aliança entre a direcionalidade política e a direcionalidade técnica com a realização do diagnóstico dos problemas coletivos de saúde, seus determinantes, com a posterior discussão com a sociedade, criando a possibilidade de adoção de uma política democrática que contribuísse para o bem-estar da população, identificando-se como as recomendações de Campos (1991).

Demonstrou ser uma proposta de mudança do modelo assistencial pautada na discussão participativa da população com o resgate da cidadania, a identificação dos problemas de saúde e o planejamento das ações em conjunto com os profissionais de saúde que detinham o conhecimento técnico sobre as ações e os procedimentos técnicos alternativos para a sua resolução.

Para promover a discussão participativa e o controle social, o Governo utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Democrático (PED) em vários setores e pastas administrativas, inclusive na saúde (CAPITANI, 2002). O PED foi um instrumento técnico para a saúde em sincronia com as demais áreas de Governo e para assegurar a participação ativa dos diversos trabalhadores estimulando a compreensão da realidade epidemiológica e social dos usuários do sistema e subsidiando o processo de gestão e gerência da saúde. As unidades operativas do PED foram as Equipes Regionais de Planejamento encarregadas de realizar oficinas de capacitação das equipes para a elaboração dos projetos de saúde dos DS (GDF/SES, 1996a). O comentário de um profissional entrevista elucidou o desenvolvimento do PED no período:

O nível central deu essa oficina do PED, os Coordenadores/Diretores das Regionais levaram para suas equipes e as equipes locais fizeram essa discussão com o Conselho Regional de Saúde e com a população. A

população também ajudava a determinar as causas dos problemas e opinavam. Esse processo de discussão e planejamento local tinha um prazo de dois meses, porque ao final dele se consolidavam os dados que seriam enviados para a SUPLAN (SES/DF), definir aonde seria feito o investimento. A demanda era colocada na Lei Orçamentária: com o planejamento de quantas consultas de pediatria, ginecologia, clínica médica (C13).

O desenvolvimento do PED no SC foi a experiência mais positiva dentro do Governo e da própria SES/DF.

O planejamento foi positivo porque não foi um plano de gabinete. Chamar a comunidade, Conselhos, Associações de Bairro, donas de casa para fazer o plano foi uma inovação muito grande e positiva (C13).

As potencialidades do PED durante a gestão do período, segundo Capitani (2002), foram: ser um método estratégico para o trabalho cooperativo sem desconsiderar os conflitos e as contradições; conciliar o planejamento com a discussão democrática; um projeto de revisão da distribuição de poder político e do espaço ocupado pela economia e a técnica na saúde; propiciar a autonomia do sujeito individual e coletivo; ser um dispositivo educativo tanto para a formação individual quanto para a cidadania; e uma ferramenta político-educativa que continha a intencionalidade democrática do GDF e da SES/DF. Todas concordando com as principais características do método de planejamento estratégico discutidos por Rivera (1989), Matus (1987) e Testa (1992).

Para Capitani (2002), o PED foi um instrumento político para "a operacionalização do projeto de transformação social". Essa conclusão vai ao encontro das evidências dos estudos sobre planejamento como uma ferramenta potente que dentro das instituições pode forjar mudanças e/ou conservar o estado das coisas, depende da intencionalidade dos atores responsáveis pelas decisões políticas de direcioná-lo para esta ou aquela finalidade (RIVERA, 1989; CAMPOS; MERHY; NUNES, 1989; CAMPOS, 1997; MERHY; ONOCKO, 2006). Nesse caso, teve a intencionalidade de provocar mudança compatível com os valores democráticos da saúde contidos na promoção da saúde e na vigilância à saúde.

Mediante essas considerações pode-se verificar que houve coerência entre a proposta política de Governo com o projeto de mudança do modelo de atenção à saúde da SES/DF concordando com as afirmativas de Schraiber et al. (1999) de que o gestor cumpriu sua função de "articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais de saúde". Ainda, a experiência do PED demonstrou que houve a intenção de compartilhar e fortalecer poder técnico e

político com vistas à emancipação dos gestores, gerentes, profissionais da saúde e população (DEMO, 2002b). Entretanto, foi limitado pelo tempo de Governo e pela baixa adesão das demais unidades de saúde da rede da SES/DF, ou seja, Hospitais, Centros e Postos de Saúde da FHDF.

Para Demo (2002a, 2002b), emancipação é a habilidade política humana de saber pensar e intervir criticamente na realidade. A emancipação se dá a partir da ampliação da politicidade da população como cidadã que passa a conhecer e compreender as relações políticas e de poder e assim adquirir potencial para a criação da solidariedade como um efeito do poder estendido conseqüente a essa transformação. Além de tornar-se emancipada, a população politizada poderia construir relações de solidariedade que garantissem a qualidade de vida e a melhor atenção à saúde. Identificou-se nesse período um movimento direcionado para a emancipação da população.

O Programa Saúde em Casa foi implantado em 1997. Havia um grupo de funcionários da SES/DF-FHDF, também militantes da esquerda, que concordava com a idéia de universalização da assistência. Entretanto, esse mesmo grupo acusava o gestor da saúde e os defensores do SC de adotarem uma postura neoliberal semelhante ao do Governo Federal. O programa era percebido como mais uma política para a atenção básica caracterizada pela oferta de serviços de baixo custo e focalizada em grupos populacionais desprotegidos, visando atender as diretrizes neoliberais conforme análise encontrada na bibliografia consultada (MERHY; FRANCO, 1999; MERHY, 2001). Os depoimentos dos componentes da equipe central e regional do SC revelam a existência desse conflito interno:

Tínhamos um grupo de funcionários muito reativo à nossa política por entender que seria só a racionalidade econômica, portanto uma acusação de ser um projeto neoliberal para reduzir custos. Mas porque se discutia os papéis das unidades, os papéis dos profissionais de saúde, principalmente de médicos. O modelo do DF era muito especialista já na porta de entrada e entendíamos que havia necessidade de se ter uma coisa mais geral (C12).

Contudo, o ponto de discordância não era apenas a característica neoliberal do PSF, mas a discussão do papel das unidades e dos profissionais na atenção básica do DF, o que levaria à necessidade de redefinição do processo de trabalho e da prática dos Centros e Postos de Saúde, bem como nova organização da rede de serviços de saúde existente para operacionalizar a mudança do modelo de atenção (TEIXEIRA, 2003; PAIM, 1999a, 1999b).

Campos (1991) alertou que a equipe que propõe uma gestão democrática e popular deve ter claro que está “remando” contra a corrente neoliberal e que investe na socialização do sistema de saúde, na ampliação do papel do Estado, em reformas estruturais do setor, no enfrentamento social e nas lutas prolongadas.

O modelo de atenção básica existente no DF, até esse período, privilegiava o saber e a prática especializada nas unidades básicas consideradas como porta de entrada do sistema de saúde, o que acarretava alto custo da assistência e ineficácia na resolução dos problemas, segundo a percepção do entrevistado da equipe central do SC:

Era a visão especialista dos Centros de Saúde com pediatra cuidando de crianças, ginecologistas para mulheres, obstetra para mulher gestante, cardiologista para adulto que tinha problema cardíaco, endocrinologista para o adulto e endocrinologista especializado que cuidava da diabete, de hipertiroidismo. Com esse grau de especialidade existente, o sistema era muito caro e pouco eficiente, o que é o pior. Porque tinha o médico, mas não resolvia (C12).

O Programa SC foi adotado com o objetivo de privilegiar a atenção básica, com atendimento à demanda espontânea de forma contínua e racionalizadora, ações intersetoriais, atividades extramuros voltadas para a educação à saúde, prevenção e promoção com ênfase na integralidade, universalidade e estabelecimento de vínculo com a população por meio de relações interpessoais mais humanizadas (GDF/SES, 1996b):

1. Organizar os serviços de saúde visando à implantação do modelo de vigilância à saúde tendo como objeto da atenção à família, possibilitando atenção integral através da oferta de ações de promoção, proteção, cura e reabilitação.
2. Tornar efetivo os princípios do SUS de universalidade (acesso aos serviços) integralidade, equidade e participação popular.
3. Racionalizar os recursos existentes através da organização do acesso e do fluxo interno do sistema de saúde desde a atenção primária até a de maior complexidade, num sistema de referência e contra-referência.

Verifica-se que na orientação estabelecida para o SC é assumido o modelo de vigilância à saúde, a preocupação em racionalizar os recursos existentes e organizar o fluxo do sistema de saúde a partir da atenção primária sob a mesma perspectiva das políticas e ações implementadas nesse período no contexto nacional.

É um modelo que fortalece a visão social, epidemiológica da situação de saúde (R13).

É conhecer mais o território, é uma equipe multiprofissional, capaz de dar conta da clínica, da epidemiologia e da sociologia porque são essas as ferramentas para se apropriar do processo saúde-doença (C12).

Quanto à operacionalização das ações, pode ser observado que as equipes de SC privilegiaram o PED como estratégia para o conhecimento das necessidades da população a fim de corroborar com a mudança de modelo de atenção, como mostra o depoimento abaixo:

Embora fosse uma proposta de Governo, a experiência mais positiva do PED foi de fato com o SC, que era uma proposta nova. A implantação do PED caracterizou bem a cisão que existia entre o sistema tradicional e o SC. Tivemos dificuldades de implantar o PED no sistema tradicional e não tivemos no SC porque era um modelo novo, uma estratégia nova, a equipe era bem entusiasmada e acreditou na proposta, foi possível fazer isso via SC (C11).

O estudo de Capitani sobre o PED (2002) revelou que a Coordenação Central do SC elaborou um roteiro denominado "Orientação para o Planejamento", que facilitou o trabalho das equipes do SC nos territórios, pois era "de fácil compreensão e uso prático". Na sua percepção, o PED uniu a comunidade com os profissionais de saúde para cumprir juntos o resgate da cidadania e a co-responsabilidade pela saúde e pelo meio ambiente.

Na percepção dos entrevistados, a finalidade do SC era romper com o modelo tradicional, consolidar o SUS (integralidade, acesso universal) e ser a porta de entrada para o sistema, demonstrando concordância com as diretrizes do MS (1994):

Seguir os princípios do SUS, garantir uma atenção integral. Atender a pessoa como um ser integral que tem sentimentos, mora num ambiente, tem vizinhos, trabalha, tem lazer ou não tem lazer, tem uma vida social. Os riscos a que estão expostas e os mecanismos e intervenções para que esses riscos não sejam fatores de agravo às pessoas. Funciona como a porta de entrada (C11).

O depoimento expressou a centralidade da proposta no desenvolvimento do conhecimento da realidade das populações, no papel das equipes locais de saúde em realizar o diagnóstico como subsídio ao planejamento estratégico, sinalizando a presença de elementos do modelo de Vigilância à Saúde, segundo Teixeira (2002a, 2002b, 2006) e na característica da atenção primária voltada para a comunidade (STARFIELD, 2004). E o investimento feito na capacitação das equipes para desenvolver o planejamento participativo reafirmou a identidade do modelo com a

promoção da saúde para o empoderamento tanto dos profissionais como da população (BUSS, 2003).

O trabalho de discussão do modelo de atenção e da importância das ações de prevenção e promoção da saúde foi considerado pelos entrevistados C12 e L18 como uma proposta contra-hegemônica ao modelo de assistência à saúde, uma luta para afirmar uma postura política e técnica de minorias, caracterizando o desenvolvimento de um trabalho "nas brechas", ocupando e buscando os espaços contra-hegemônicos, com coragem e "no peito e na raça":

Estamos aí para trabalhar nas brechas e foi sempre assim que trabalhamos, que construímos. Construímos isso na contramão da hegemonia médica. Acredito que vamos construir um modelo de Atenção à Saúde na contramão dessa cultura, vai ser nas brechas (C12).

Temos que reconhecer o lado corajoso da equipe do SC. Porque foi uma experiência inovadora no peito e na raça (L18).

Historicamente, essas ações sempre foram relegadas ao segundo plano pelos gestores, porque existe uma pressão urgente para a cura das doenças. São as doenças que batem às portas do gestor da saúde porque existe uma dívida histórica acumulada com a população de ações preventivas e promocionais e um contexto de desigualdade social fortalecido pelas políticas neoliberais dos últimos anos de acordo com as análises feitas por vários autores (TEIXEIRA; SOLLA, 2005; SILVA JR., 1998; PAIM, 1999; NEGRI B; VIANA, 2002; MERHY, 2003; GIOVANELLA, 2003; GERSCHMAN, 1989; TEIXEIRA, 1989). A junção das práticas de saúde curativas executadas pelo modelo hospitalar, medicalizante com as políticas públicas e sociais que fortalecem as desigualdades sociais não viabilizavam e nem proporcionavam ações oportunas e resolutivas para que a população pudesse viver saudavelmente.

A própria compreensão dos gestores sobre o modelo de atenção é complexa. Como a demanda emergente é em cima da doença, as ações de promoção e de prevenção acabam sendo ações relegadas. Investe-se muito em atenção curativa, pela urgência, pela demanda, pela pressão que ela exerce por si só devido a um agravo. Como a estratégia do PSF é trabalhar muito com a promoção e prevenção, acaba não tendo a priorização necessária (C11).

Identificam-se, nessa gestão, também a presença das características necessárias ao êxito da experiência de implantação da atenção à saúde da família analisadas por Goulart (2002): gestor portando um discurso democrático alinhado com a discussão de cidadania e controle social; transparência nas decisões e

administração baseada em valores democráticos; gestor com competência técnica e política e atitude positiva na busca de recursos e difusão do projeto político.

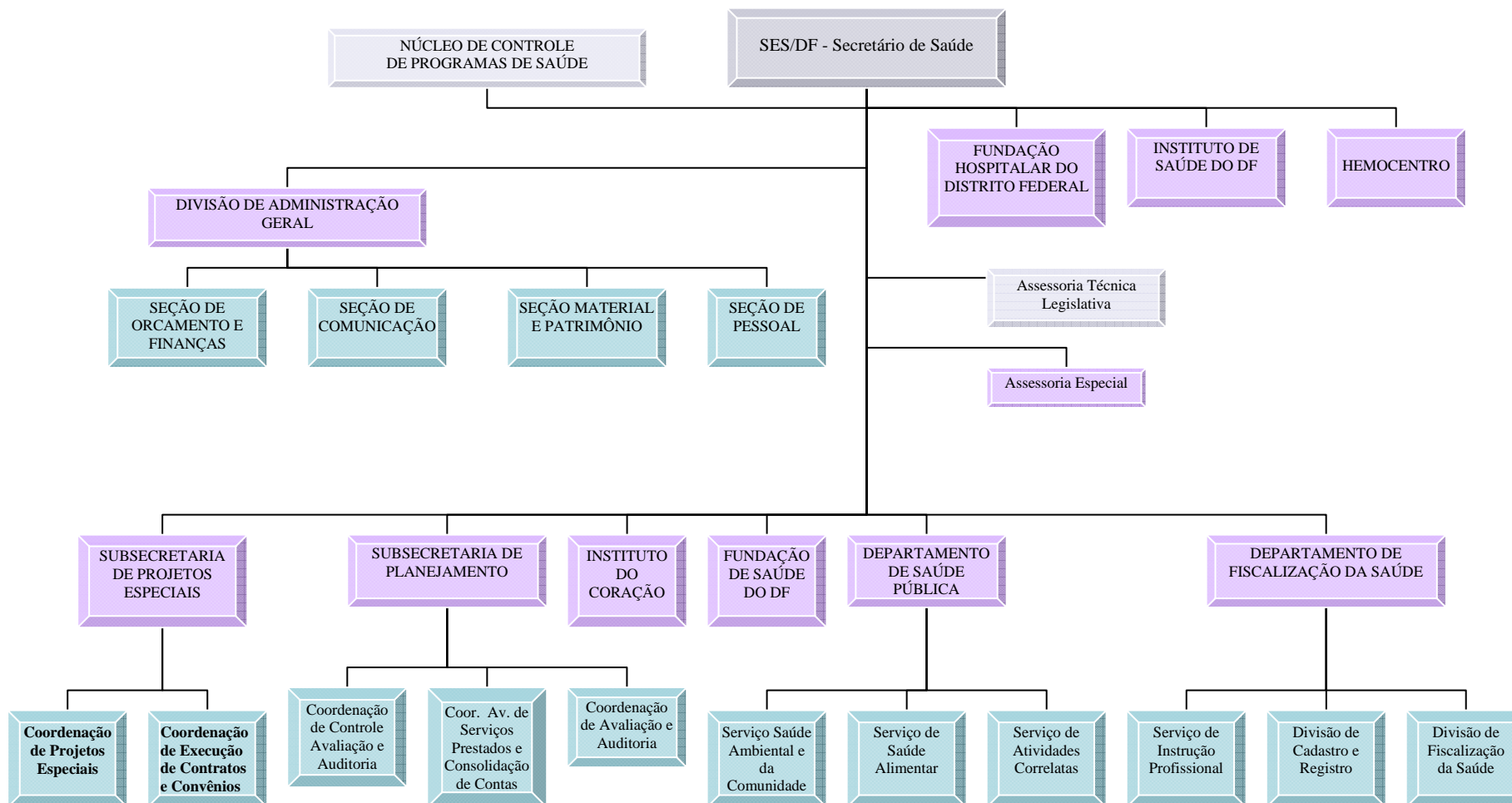
O SC atuou no controle social para as pessoas se darem conta de que têm autonomia para interferir no Estado e nos seus programas, porque o Estado só planeja programas para atender às necessidades da população. Questionarem que programas são esses, quais as necessidades da população, que problemas são esses, que prioridades são dadas, como é gasto o dinheiro público, como é a postura da pessoa que atende (R13).

A despeito das dificuldades, o SC foi contemplado com uma instância própria dentro do plano de reforma administrativa programada para a SES/DF, a Subsecretaria de Projetos Especiais, criada em 1997, e composta pela Coordenação de Programas Especiais e Coordenação de Execução de Contratos e Convênios com a função de construir, implementar e avaliar a execução do SC. Ocupou a mesma posição hierárquica da Subsecretaria de Planejamento (SUPLAN) concebida no mesmo ano.

A nova estrutura da SES/DF (GDF/SES/FHDF, 1998), depois da reforma de 1997, pode ser visualizada na figura 4:

Houve competência técnica e política para se criar a instância própria para a coordenação central do SC, porém foi comprometida sua integração com os demais serviços da rede da FHDF/SES/DF. Esse problema é revelado quando se contrapõe o texto do documento original do SC que negava sua posição paralela aos demais serviços de saúde: "não é uma proposta paralela à organização dos serviços, mas uma proposta substitutiva de reestruturação do sistema" (GDF/SES/FHD, 1997) ao depoimento dos entrevistados.

Figura 4 – Organograma da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – 1997



Havia resistências estruturais em relação à mudança do modelo de atenção, já conhecidas pela equipe central, dada a construção histórica do trabalho em saúde realizado pela equipe da FHDF, que perpetuava o modelo hegemônico de atenção primária de Alma-Ata proposto por Frejat, em 1980, e, para a atenção hospitalar, o modelo biomédico. Contudo, uma comunidade pressionou a equipe central para que fossem implantadas equipes do SC em um local não priorizado inicialmente:

Quem não aceitou foi a comunidade do Paranoá, que fez um abaixo-assinado e um movimento dentro do Buriti. Recebemos o documento via Cristóvão. A comunidade exigiu o SC (C12).

Essa gestão, por acreditar na estratégia de atenção à saúde da família, buscou novos recursos para fortalecer o orçamento do SC: houve remanejamento de verbas destinadas ao pagamento de horas-extras médicas hospitalares para o SC e foi aprovada uma proposta de alteração orçamentária na Assembléia Legislativa, conforme os depoimentos:

O GDF decidiu colocar recursos do orçamento do tesouro do DF porque acreditou no modelo, na proposta, na estratégia de mudança de modelo com aprovação da população e porque começou a repercutir no próprio gasto da saúde ao intervir na prevenção, controlar o doente crônico, garantir o fornecimento do remédio, acabou economizando nas complicações. Começou a redirecionar o seu investimento e os orçamentos foram sendo construídos (C11).

Maninha remanejou o dinheiro das horas-extras dos médicos dos hospitais. Mostrou que o SC estava implantado e havia médicos na rede primária. O DF tem dinheiro, tem recursos, precisa ter coragem de remanejar. Enviou a proposta à Assembléia Legislativa na discussão do orçamento e conseguiu aprovação. Conseguia negociar politicamente, tinha essa habilidade e tivemos remanejamento de recursos dentro da SES/DF para garantir o dinheiro da Atenção Primária. A Secretária da Saúde estava toda hora em discussão ferrenha, noite adentro, para remanejar os recursos para garantir e administrar (C12).

Os depoimentos revelaram que houve vontade política do gestor para garantir recursos ao SC por acreditar na proposta. Percebem-se dois motivos que levaram o Governo a acreditar na proposta: o técnico, que comprovou que a atenção básica, quando priorizada, reduz os gastos com a assistência hospitalar; e o político, que aumentou a aprovação da população à política de governo.

O entrevistado C13 discorreu sobre o fluxo orçamentário via Piso de Atenção Básica (PAB) como a efetivação dos novos princípios para o financiamento da saúde (NOB 96). Vale lembrar que neste período criou-se o Fundo de Saúde do DF e buscava-se a modalidade de Gestão Plena do Sistema de Saúde, mas, com a

Gestão Plena da Atenção Básica, o DF já poderia receber incentivo para a atenção à saúde da família e para o PACS.

Todo o recurso do SC veio do orçamento do DF, do Fundo de Saúde, do SUS, que continha o PAB. O SC foi desenvolvido com o orçamento do GDF: material de consumo, equipamento, remédio, gaze, solução, tudo saía da SES/DF, da Farmácia Central, do Almoxarifado Central, funcionários. Depois o MS repassou o valor de R\$ 5 mil para cada equipe, mas já havia muitas equipes formadas e trabalhando. Se esperássemos o repasse do MS, não implementaríamos nenhuma equipe (C13).

A gestão de pessoas do SC foi operacionalizada mediante parceria da SES/DF com o Instituto Candango de Solidariedade (ICS) – uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos – definindo as atribuições de cada uma das partes (GDF/SES. Convênio ICS, 1997). Adotou-se no DF um novo contrato de gestão para a saúde, a exemplo do que se estabelecia no país, regendo novas relações entre o setor público e a sociedade civil, discutidos por Machado (2002, 2003), Nogueira (2003), Noronha, Lima, Machado (2004) e Gohn (2004), como reflexo da política neoliberal.

O convênio celebrado entre a SES e o ICS previa que as despesas seriam cobertas por recursos oriundos da SES, sendo cobrada uma taxa de 5% para a administração dos serviços de seleção, treinamento e avaliação do pessoal do SC a partir das orientações técnicas dadas pela secretaria. Esse convênio teve quatro termos aditivos: Primeiro Termo Aditivo de maio de 1997, Segundo Termo Aditivo de outubro de 1997, Terceiro Termo Aditivo de março de 1998 e Quarto Termo Aditivo de junho de 1998. Os termos aditivos alteravam o plano de trabalho, o cronograma de implantação, o quantitativo de equipes e de profissionais visando à ampliação da proposta.

Profissionais da equipe central e regional revelaram um desconforto e até mesmo um conflito existente na época dentro da equipe do SC sobre a parceria feita com o ICS. O que se alegou foi que o DF dependia dos recursos federais para realizar o concurso público e as posições político-partidárias do Presidente da República e do Ministro da Saúde eram opostas a do Governador e do Secretário de Saúde do DF, o que poderia dificultar o desenlace favorável ao SC:

O tempo demandava, o Governo estava no segundo ano de gestão e a complexidade do concurso público no DF era grande porque precisava da autorização do Governo Federal, que banca a folha de salário do servidor da saúde do DF. Essas dificuldades fizeram com que a alternativa encontrada fosse um ICS, que é um setor privado conveniado para esse

fim. O ICS funcionou como uma barriga de aluguel para agilizar o processo. Mas tinham garantidos os direitos trabalhistas da CLT: férias, décimo terceiro, tudo direitinho (C11).

Tivemos um drama de consciência muito grande, porque sempre éramos contra a privatização e fomos nós os primeiros a terceirizar através do convênio com o ICS para poder colocar o programa SC em funcionamento. Foi como "dar a cara à tapa para apanhar e assumir que fizemos isso". Sempre fomos trabalhadores combativos, sindicalistas, militantes e contrários à terceirização. Rendeu um drama, mas chegamos à conclusão que não tínhamos outra opção (R11).

Contrariamente aos depoimentos anteriores, um dos profissionais analisou essa parceria da SES/DF com o ICS com naturalidade, sem constrangimento, por ser uma prática executada dentro das novas formas de gestão da saúde, assim como a terceirização de outros serviços tais como limpeza e alimentação:

ICS foi uma terceirização de servidores da saúde assim como tinha a terceirização da limpeza ou de alimentação (R14).

Segundo Nogueira (2003), o emprego público compõe parte das medidas de flexibilização do trabalho que foram adotadas pelo governo Fernando Henrique Cardoso com o explícito propósito de "ajustar a economia em geral e a administração pública, em particular, a requisitos de eficiência e controle dos gastos", portanto uma medida neoliberal para a redução do Estado, que também foi adotada no SC como forma de viabilizar a contratação de trabalhadores. Para esse autor,, as equipes do PSF e do PACS foram contratadas no país mediante mecanismos de parcerias e terceirização. Diante da dimensão que assumiu essa realidade, esse autor sugeriu que o MS, CONASS e CONASEMS estabelecessem um mecanismo de regulação com princípios que pudessem guiar o relacionamento do Estado com as entidades terceirizadas "para que os direitos dos trabalhadores e o interesse público não sejam desvirtuados" e para legitimar a função reguladora do Estado.

Mais recentemente, Ibañez e Vecina Neto (2007) discutiram as mudanças dos modelos de gestão da administração pública da saúde face às experiências desenvolvidas e o incremento dos dispositivos jurídicos para regulamentá-las e concluíram que a fundação privada de direito público é a alternativa mais adequada.

Os profissionais do SC entrevistados foram unânimes em avaliar positivamente as relações entre o SC e o ICS, pois houve o cumprimento das cláusulas estabelecidas no convênio:

O ICS contratou esses trabalhadores com carteira assinada e seus direitos previdenciários e trabalhistas assegurados pela CLT. Nós fazíamos a seleção, o treinamento, e eles eram os pagadores, assinavam contrato, mas a condução técnica, política, sempre foi da SES/DF e sem nenhuma dificuldade. Éramos bem rigorosos com a aplicação do recurso e o controle de carga horária (C11).

Sobre este tema Viana e Dal Poz (2005) afirmaram que o PSF "constituiu um laboratório de novas modalidades de gestão, que tentaram fugir das amarras da gerência pública, estabelecendo inclusive, novos tipos de parceria com a sociedade", não só com organizações sociais privadas, mas também com associação comunitárias, para economizar custos.

Pode-se identificar que houve uma modificação nas formas de parcerias do setor público com o privado e a intervenção do Estado, desde 1997, ano em que foi publicada a norma sobre as organizações sociais (BRASIL, 1997), ao mesmo tempo em que o Ministério Público vinha sendo acionado para fiscalizar e denunciar os abusos cometidos em diversos setores do país. Para a saúde, esse fato tem demonstrado ser um nó crítico na implantação do PSF.

Quanto aos critérios para a implantação das equipes do SC, eles foram os mesmos indicados pelo MS para as primeiras equipes implantadas no Ceará: localidades que possuíam escassos recursos de atendimento à saúde, perfil econômico de carência social, além de ser um local onde houvesse a discussão prévia sobre a REMA, segundo o documento (GDF/SES/FHDF, 1997). O depoimento a seguir confirma os critérios do documento:

O governo tinha conhecimentos através das estatísticas da CODEPLAN das populações com maiores necessidades. Começamos o programa em Santa Maria porque era uma das cidades recém-inauguradas e a população não tinha tratamento de esgoto, urbanização, asfalto nas ruas e poucas casas tinham água canalizada. Fomos expandindo o programa na medida em que íamos conseguindo os recursos e sempre priorizando os mais necessitados (C11).

A expansão do SC acompanhou esses critérios caracterizando a estratégia como uma política focalizada na população pobre, segundo análise feita por alguns pesquisadores no país (MERHY, 2001; FRANCO; MERHY, 1999), como já foi discutido anteriormente quando se analisou a questão da universalidade no modelo de atenção proposto. Esses autores consideraram o PSF como uma política de redução de custos dentro da proposta de atenção básica disponibilizando uma cesta de serviços mínimos. Percepção semelhante foi revelada por Gil (2006), que

sinalizou a sua relação com o ideário das agências internacionais "indo ao encontro das críticas sobre as idéias difundidas pelas agências internacionais de racionalização do financiamento em saúde".

Entretanto, Viana e Dal Poz (2005) mostraram-se contrários a essa afirmação, pois consideraram que "o PSF foi fruto do sucesso das práticas anteriores focalizadas, que constituíram instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde", portanto não identificaram conflito entre focalização e universalização.

A situação do SC em julho de 1998 foi apresentada no relatório de produção da SES/DF-FHDF do período de 1997-98 (GDF/SES, 1998), revelando os seguintes indicadores:

- 278 equipes de SC implantadas e apenas três estavam sem o profissional médico;
- 103 equipes de saúde bucal implantadas, sendo quatro incompletas pela falta do dentista;
- a população atendida pelo SC foi de 1.191.10 habitantes; a cobertura das equipes do SC correspondeu a 62.20%, e a das equipes de saúde bucal foi equivalente a 48.5% do total da população do DF, que era de 1.907.851 em julho de 1998; e
- a força de trabalho lotada no SC correspondeu a 3.180 trabalhadores, acrescentando os cargos de nível regional e central ocupados pelos profissionais contratados pela SES/DF.

Há que se ressaltar que no mesmo mês em que esse relatório foi publicado houve a aprovação do último Termo Aditivo do Convênio entre a SES/DF e o ICS, que ampliou o número de equipes. Portanto, ao final desse governo existiam 300 equipes do SC e 127 equipes de saúde bucal implantadas e cerca de quatro mil trabalhadores contratados pelo ICS.

Apesar do SC demonstrar o avanço na concepção de modelo de atenção com novos saberes, sobretudo o social (TEIXEIRA, 2002a, 2003, 2006; PAIM, 2003), a integralidade ainda foi percebida como restrita ao cuidado de saúde, e não como atendimento em todos os níveis de assistência na perspectiva discutida por Starfield (2004), Mattos (2004), Machado (2007), Spink (2007) e Matos, (2004). O acesso universal estava restrito à população excluída do SUS, evidenciado a característica de política de atenção primária focalizada na população marginalizada do acesso à

saúde (MERHY; FRANCO 1999; MERHY, 2001; GIOVANELLA, 2003). Por outro lado, a restrição da oferta do SC para essas famílias também pode ser considerada como uma medida para garantir, no primeiro momento, a equidade na distribuição dos serviços de saúde (SISSON, 2007).

Em todo o tempo que eu trabalho com serviço público nunca tive a oportunidade de ver tamanha consciência de cidadania como a gente viu na época do programa SC. Essa consciência de cidadania você sentia vinda da comunidade, quando comparecia em peso aos programas, às reuniões coletivas, reuniões da comunidade, na igreja, na unidade. E uma participação ampla, mobilização e o que eles conseguiam com essa capacidade de mobilização (L18).

O SC foi extinto no início de 1999 com a mudança da equipe de Governo eleita no final de 1998. A sua extinção foi muito tumultuada, principalmente porque os profissionais engajados no processo de sua implantação desejavam dar continuidade, pela percepção que tinham de que o SC melhorou o acesso da população mais carente aos serviços de saúde.

Naquele ato ele matou muitos sonhos, inclusive das pessoas humildes que recebiam em suas casas a equipe de profissionais do SC e tinham nele a única alternativa de melhoria da qualidade de vida. Foi um assassinato de sonhos. Tem essa lição de que a política possui esse lado perverso que nós temos que aprender muito, melhorar muito o nosso crescimento político (C11).

Além disso, muitos profissionais percebiam que o SC foi interrompido por sua identidade com o partido político do Governo anterior:

No debate político da disputa eleitoral de 1998, o SC foi entendido pelos adversários como um serviço com a cara do candidato a Governador que disputava a eleição pelo PT. Essa polarização fez com que, ao se perder a eleição, o Governo eleito entendesse que a única forma de acabar com essa cara sem avaliar o mérito foi extinguir o programa SC. Pelo sucesso do programa com resultados aprovados pela população e caracterizado como uma experiência exitosa. Demitiu todos os trabalhadores e acabou com o programa SC. Foi um fim melancólico (C11).

É recorrente a afirmação dos entrevistados sobre a construção da identidade do programa com o partido político dos trabalhadores, principalmente durante os últimos meses de 1998 durante a campanha eleitoral para Governador. A equipe do Governo Popular e Democrático usou essa identidade para dar continuidade ao programa e a oposição usou essa identidade para sua extinção:

O problema era a mistura entre a ação técnica de prestar atenção em saúde e a política partidária, porque existia um desejo muito grande da equipe que

compunha o Governo de se reeleger, de reeleger o PT no DF porque trabalhamos um pouco, mas tínhamos muita coisa ainda por fazer (R13).

Alguns depoimentos expressaram a expectativa da equipe com a continuidade do SC para corrigir os erros cometidos e avançar na perspectiva de um novo modelo de atenção, sempre atrelada à reeleição, dentre eles destacou-se:

Lógico que trabalhamos para que, uma vez reeleito, partimos para a consolidação, corrigir os erros e buscar outra forma de contratação, o concurso público. Claro que a reeleição era uma perspectiva nossa, pois queríamos ter a oportunidade de criar um modelo de atenção à saúde que pudesse estar consolidado e com experiência (C11).

Com a consumação do resultado da eleição, o trabalho do SC continuou, mas em clima de instabilidade nas equipes:

Começaram a minar a estrutura do SC. Continuei durante o ano de 1999, mesmo sendo contrária ao Governo que tomou posse. A equipe não tinha mais apoio, faltavam insumos, medicamentos, instrumentos de trabalho, carro para transportar paciente. Percebemos que estavam minando esse modelo de atenção (L14).

Na percepção dos profissionais, a interrupção do programa ocorreu de forma muito brusca, sem um preparo adequado das pessoas para desligamento do contrato de trabalho.

Um dia os profissionais do SC estavam trabalhando, um dos técnicos da nova equipe da regional passou de equipe em equipe dizendo: 'o SC acabou. Vocês estão demitidos e têm uma hora para deixar esse local. Tiveram que sair do local, pegar as coisas e só (R13).

Os profissionais e os locatários das casas recorreram à justiça para garantir seus direitos, pois houve o rompimento de contratos antes do previsto, conforme depoimentos colhidos:

Demitiram todos do SC com o salário do mês e acabou. Até gestante foi demitida. Todo mundo entrou na justiça para reaver direitos e depois ganharam. Porque eles não queriam pagar nada e os profissionais tinham direito às férias e ao décimo terceiro (R13).

As casas foram lacradas com tudo e depois os equipamentos levados para o Setor de Indústria e Abastecimento (SIA). Rompeu-se o contrato de aluguel com alguns proprietários das casas (R13).

Pelo exposto e pela dimensão do SC pode-se inferir que o governo posterior teve um gasto grande com a indenização dos quase 4000 trabalhadores e dos locatários das quase 300 casas que tiveram seus contratos rompidos, além do custo

das reformas que deveriam estar em curso para as últimas 27 casas recém-alugadas nos últimos meses de 1998.

O término do SC também foi semelhante ao que ocorreu no país, segundo a percepção de um dos profissionais, isto é, causado pela sua inserção paralela nas SES:

O fim do programa SC foi como de outro PSF do país porque as equipes entraram paralelamente à organização do Sistema de Saúde por meio de convênio com instituição que entrou como barriga de aluguel. (C11).

E, para que fosse diferente, esse mesmo entrevistado apresentou sua alternativa para sanar o problema da descontinuidade do programa com as mudanças dos governos:

A saúde deveria ser uma política de Estado e nós, os trabalhadores da saúde, tínhamos que pertencer a uma carreira de Estado e que não permitisse a ingerência política, principalmente quando se mudam os governos (C11).

4.1.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO SC

O modelo de regionalização dos serviços do DF manteve a estrutura piramidal para a organização das unidades produtoras dos serviços denominadas nível primário, secundário e terciário, estabelecendo uma relação hierarquizada tradicional, conservando a fragmentação do processo de trabalho da saúde em instâncias portadoras de distintos poderes técnicos e políticos.

Segundo Gil (2006), essa organização dos serviços é um legado da proposta de Atenção Primária à Saúde, de Alma-Ata, que continuou influenciando mudanças na atenção básica no cenário nacional durante os anos 1980.

Para Cecílio (1997), a estrutura piramidal da organização do sistema de saúde foi uma legítima "bandeira de luta" do movimento sanitário brasileiro porque expandia a cobertura, democratizava o acesso aos serviços, responsabilizava a atenção a grupos populacionais específicos que estão nas proximidades das unidades de atenção básica e racionalizava e orientava a utilização dos recursos disponíveis. Entretanto, esse autor apontou suas limitações por considerar os Centros e Postos de Saúde como a única porta de entrada do sistema e propôs uma organização em círculo com múltiplas entradas localizadas em vários pontos do

sistema para oferecer tecnologia apropriada, no espaço certo e na ocasião mais adequada para o usuário do serviço.

Campos (2000a) também analisou as dificuldades desse modelo piramidal como uma única porta de entrada para o sistema de saúde e propôs, para uma nova organização dos serviços, unidades de produção e linhas de cuidado que seriam responsáveis pela integralidade da assistência àquela necessidade de saúde como um bem de uso potencial. Ele apresentou também a concepção de co-gestão de colegiados coletivos para a saúde, visando romper com o modelo tradicional de poder hierarquizado, ambas descritas como o modelo "Saúde Paidéia".

A nova organização do sistema de saúde proposta pelo Plano de Saúde de 1995-1998 foi o DS com a justificada de romper com a "centralização gerencial do sistema de saúde" e, ao mesmo tempo, desenvolver uma atenção à saúde baseada no território, no problema de saúde, no saber epidemiológico e no planejamento local, organizando a atenção básica em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (GDF/SES, 1996a), identificando-se com a proposta de DS de Mendes (1993), mas os DS não foram efetivados em Brasília.

A modificação introduzida para a organização dos serviços foi o critério de seleção para o Diretor da Regional de Saúde, que deixou de ser o médico que ocupava o cargo de Diretor do Hospital Regional e se constituiu em cargo específico com a função de articular os serviços de saúde da rede. Em cada regional de saúde havia também um Coordenador do SC encarregado de apoiar as equipes ali instaladas. Os depoimentos revelam a importante contribuição dos novos Diretores Regionais de Saúde para o SC:

A nomeação dos Diretores Regionais de Saúde a partir da reforma na SES/DF tirou do Diretor do Hospital o cargo de Diretor da Regional. Ao Diretor do Hospital coube cuidar do hospital, porque fizemos uma avaliação que revelou que, pelo fato do Diretor do Hospital ser o Diretor da Regional, quando faltava médico no hospital ele tirava da unidade básica e colocava no hospital. Como unidade de produção, não poderia permanecer essa situação (C12).

O Diretor Regional teve a função de interligar o SC com as unidades de atenção básica do local, possibilitando que o processo de negociação das mudanças acontecesse no nível regional e local da rede, o que foi um avanço para a atenção básica e para o SC. Essa mudança tática na organização dos serviços redistribuiu o poder na Regional de Saúde porque instituiu um cargo com responsabilidades sobre

a atenção básica, valorizando suas práticas (prevenção, promoção da saúde, vigilância sanitária e epidemiológica) e facilitando a integração dos serviços da rede. Também possibilitou a instalação de um processo de negociação para as mudanças da organização do trabalho regional e local da rede, o que foi um avanço para a atenção básica e para o SC, porque garantiu a implantação da vigilância à saúde:

Precisava garantir a Vigilância em Saúde e outros programas que eram muito prejudicados pela questão do modelo centrado no hospital, e essa foi outra coisa que eles reverteram depois. Com a criação das Diretorias Regionais, nós passamos a ter as pessoas que mais trabalharam no SC (C12).

No modelo de vigilância à saúde a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas é fundamental. Para que isso ocorra, é necessário que a atenção e o acompanhamento sobre os problemas do território sejam contínuos, pois, do contrário, seus objetivos não serão atendidos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002).

No projeto REMA (GDF/SES, 1996a), revela-se a preocupação dos gestores da saúde em redefinir os papéis das unidades de saúde de cada um dos DS, sejam elas hospitais, ambulatórios, Centros e Postos de Saúde, assim como o dos serviços de apoio diagnóstico, visando integrá-las na oferta de serviços que atendessem as necessidades e os problemas de saúde da população adscrita, para estabelecer uma nova organização dos serviços. O documento apontou a reorganização dos serviços como um processo indispensável à mudança do modelo de atenção por ser um componente intermediário entre a gestão política e as práticas de saúde. Entretanto, na prática, a integração da atenção básica (primária) com o nível "secundário" e "terciário" foi uma fragilidade desse modelo.

Houve a proposta de inclusão de alguns serviços inovadores nesse projeto para garantirem o atendimento integral e humanizado à população: as terapias não convencionais e o atendimento médico itinerante (GDF/SES, 1996a). A acupuntura, fitoterapia e homeopatia foram contempladas na REMA para garantirem um atendimento integral, considerando o indivíduo no seu todo como mente, corpo, interação com o meio e co-partícipe do seu tratamento (GDF/SES, 1996a). Entretanto, houve problemas com a vigilância sanitária e o Conselho Regional de Medicina sobre o desenvolvimento desse trabalho, conforme relato do entrevistado:

A Vigilância Sanitária questionava o que é que a gente estava fazendo com aquelas ervas medicinais que eram produzidas no Centro de Saúde, que

também tinha a medicina alternativa, a homeopatia e o tai chi chuan. Como era a manipulação. O Conselho Regional de Medicina questionando o papel do enfermeiro que cumpria protocolo de distribuir as ervas medicinais (R14).

Observa-se a iniciativa da atenção básica em agregar novos saberes sobre a saúde e transformá-los em ações efetivas dos serviços e ao mesmo tempo a pressão de organizações reguladoras sobre os processos inovadores operacionalizados, tanto do corporativismo médico como da instância técnica da SES/DF também gerenciada por profissional médico. Luz (2002), analisando os novos paradigmas em saúde e a medicina alternativa, identificou uma dupla crise na sociedade atual composta pelas crises sanitária e médica, que dificultam a realização de um trabalho mais ético e humanizado. Para a autora, o paradigma médico acarretou essa crise em grande parte pelo privilégio que concedeu às patologias em detrimento do indivíduo portador delas. O processo de cura parece acontecer sem a efetivação de uma relação médico-paciente de proximidade e de abordagem integral do paciente, causando insatisfação mútua.

Outra intervenção proposta para resolver a dificuldade do atendimento integral foi o "Atendimento Médico Especializado Itinerante (AMEI)" como uma unidade móvel do SC, que além de prestar assistência à população teria o papel de realizar a educação permanente da equipe do SC durante o trabalho, possibilitando a troca de experiências (GDF/SES, 1996a). Na percepção de um dos entrevistados, essa intervenção foi positiva para a equipe do SC, pois realizou o atendimento da demanda das famílias por especialidades médicas, contribuiu para o aperfeiçoamento das habilidades técnicas dos profissionais e estreitou as relações entre as UBS e o SC, oportunizando sua difusão e a aderência de outros profissionais à proposta:

Tínhamos um Grupo de Apoio de Especialista para as equipes do SC fazendo uma espécie de tutoria, porque orientavam e reciclavam a equipe. Foi a primeira vez que vimos algumas pessoas da FHDF se aproximarem do SC, porque muita gente tinha reação sem conhecer, mas quando eles conheciam, eles achavam a proposta muito bonita e se aproximavam, aderiam (C12).

Embora o AMEI se aproximasse da proposta "clínica ampliada" de Campos (1999), parece que caracterizou-se mais como uma proposta de mutirão para atendimento de especialidades, porque não houve uma integração de fato com os demais serviços, provocando uma reorganização no processo de trabalho da atenção básica.

As ações de vigilância sanitária continuaram sendo de responsabilidade do Departamento de Saúde Pública da SES/DF, que ocupava a mesma posição hierárquica da Subsecretaria de Projetos Especiais, em que se situava o SC. E a FHDF manteve a coordenação e o controle sanitário tanto dos hospitais e dos ambulatorios, como dos Postos e Centros de Saúde de forma verticalizada e tradicional. Os problemas identificados pelas equipes do SC eram remetidos aos Centros e Postos, demonstrando submissão à ordem sanitária existente.

Os princípios organizacionais estabelecidos no documento para o SC eram: i) definir o território de abrangência (adscrição de clientela); ii) ter a família como núcleo básico do atendimento; trabalhar com equipe inter e multidisciplinar; iii) ter como base de apoio uma casa junto à comunidade chamada Unidade de Saúde em Casa ou Casa da Saúde; iv) ser porta de entrada, na rede de saúde, da população adscrita a essa unidade; v) inserir-se na rede de saúde hierarquizada, prestar assistência integral de acordo com as necessidades da população tanto na unidade como no domicílio, com maior ênfase nas ações de promoção e prevenção; vi) intervir nos fatores de risco ao quais a população está exposta; vii) proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; viii) contribuir para a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença, a organização do serviço e a produção social da saúde (GDF/SES/FHDF, 1998).

Verifica-se que o projeto apresentou a centralidade na família, na comunidade, nos riscos e necessidades de saúde como objeto do processo de trabalho, no papel do SC como porta de entrada do sistema para a atenção integral dos serviços da rede, na ação intersetorial como instrumento de efetivação de políticas públicas saudáveis, no incentivo ao empoderamento da população e na produção social da saúde como finalidade do processo de trabalho. Essas características demonstram a compatibilidade do modelo do SC com as características da promoção da saúde (CZERESNIA et al., 2003; TEIXEIRA, 2002a), da vigilância à saúde (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2002b, 2003, 2004) e apresentam componentes fundamentais para a organização da atenção primária (STARFIELD, 2004).

Os depoimentos a seguir expressaram a compreensão dos entrevistados sobre esse processo prescrito e defendido pela equipe, mas que enfrentou muitas dificuldades de ser operacionalizado:

O objetivo maior do programa SC era poder consolidar mesmo a implantação do SUS para poder trabalhar com a descentralização dos serviços, estabelecer a porta de entrada, o fluxo do usuário de saúde, para poder trabalhar mais a promoção e a manutenção da saúde da população (R11).

Tínhamos chegado para ser a porta de entrada do sistema de saúde. Essa era a proposta. Seríamos o primeiro atendimento dentro daquele território. Viemos para organizar a rede de serviços e para repensar o modelo de atenção vigente. Nós atendíamos aquela população. Dentro das necessidades dela, atendíamos na sua plenitude (ou seja, resolvíamos os problemas dela de saúde naquele momento) ou então encaminhávamos ou para o Centro de Saúde ou para um hospital de referência (L14).

Entretanto, para que o SC fosse a porta de entrada do sistema, deveria atingir a cobertura populacional de 100%, o que ocorreu apenas no Recanto das Emas, em Ceilândia e em Planaltina.

O local de instalação das equipes foi uma casa alugada, situada preferencialmente na região central do território de abrangência da equipe. Essa decisão ocorreu após diversas ponderações relatadas pelos entrevistados de que não seria possível implantar um novo modelo na estrutura tradicional dos Centros de Saúde:

Primeiramente, foi pensado em colocar equipes do SC dentro dos Centros de Saúde. Logo foi abortada essa idéia porque o processo de trabalho era diferente e o pessoal do Centro de Saúde estava com o vício antigo, de funcionário público; não daria certo (C13).

O depoimento de C13 revelou a existência de dois modelos de atenção básica distintos convivendo no mesmo período, convergindo para as discussões feitas por Scherer, Marino e Ramos (2004) de que as mudanças de paradigma não ocorrem linearmente no contexto social, elas ocorrem mantendo-se, concomitantemente, a presença do novo e do velho paradigma. A convivência de dois modelos de atenção na rede básica também foi verificada por Elias et al. (2006) no estudo que comparou PSF e as UBS da cidade de São Paulo sob vários aspectos, entre eles o processo de trabalho.

As casas do SC representaram um espaço de poder político e tecnológico para organizar um novo modelo de atenção baseado no paradigma de produção social da saúde com humanização da assistência:

Era uma casa porque nós queríamos que a população se identificasse com aquele equipamento que era parecido com a casa dos moradores. Porque não existe nada mais agressivo, mais contra a saúde do que você chegar num ambiente como o hospital, onde tudo é diferente, onde nada é conhecido. É traumatizante, a pessoa se sente insegura e perdida num

espaço que não domina. A casa do SC quebrou muito essa frieza do estabelecimento de saúde porque tinha sala, quartos, cozinha e as pessoas tinham de cada lado os vizinhos. Bem parecido com a sua casa (C11).

Pelo depoimento de C11, identifica-se que o modelo SC foi pautado pelo princípio da humanização da atenção, pois reconhecia a subjetividade do usuário do serviço, sua percepção singular sobre o espaço físico de execução do cuidado e onde encontraria um ambiente "parecido com sua casa". A opção pela casa pretendia amenizar as condições estranhas existentes nas instituições de saúde e organizar o convívio sob novos valores na relação profissional-família durante as intervenções em saúde (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). A familiaridade com a instalação física e com a disposição dos meios e instrumentos parece que provocaria a sensação de pertencimento ao local, favorecendo a produção de sujeitos autônomos e cidadãos usuários do SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A equipe mínima do SC foi composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, quatro ACS e um auxiliar de serviços gerais. Cada equipe SC seria responsável pelo atendimento de mais ou menos 1.000 famílias. E cada um dos ACS atuaria em uma microárea com 250 famílias, e o conjunto de quatro microáreas seria considerado como o território de atuação de uma equipe do SC instalada em sua unidade, que seria uma casa alugada.

Durante a elaboração da proposta do SC, houve discordâncias sobre a inclusão do ACS na equipe. Havia a percepção de que esse profissional não era necessário porque a rede de atenção primária do DF tinha profissionais com maior qualificação técnica, portanto, autorizados a realizar cuidados de maior complexidade. Entretanto, a presença do ACS era um pré-requisito estabelecido pelo MS. A resolução desse impasse iniciou-se com uma consulta ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) sobre as atribuições e requisitos desse trabalhador. Contudo, parece que a decisão final partiu da Secretária de Saúde, que acatou a decisão do MS segundo revelação contida no depoimento do entrevistado da equipe central do SC:

Chamamos o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) para discutir as funções do ACS, porque aqui não precisaria de um ACS que chegasse à casa das pessoas para ensinar como dar banho e tratar a ferida do seu filho, como no Nordeste. Precisava de um ACS que aplicasse uma injeção em casa e que fizesse orientação mais qualificada. Nesse entendimento, o ACS só poderia ser um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem com a supervisão do enfermeiro, aí surgiu essa outra discussão. Foi quase um ano de discussão ou mais, de 1995 até a implementação desse

programa, em 1996. Quando a Maninha assumiu a SES/DF no início de 1996, ela disse que não queria mais discutir e que seriam ACS com escolaridade mínima de primeiro grau completo (C13).

Os ACS deveriam residir na área de atuação e todos os componentes da equipe do SC deveriam cumprir a jornada de trabalho de 40 horas, com dedicação exclusiva ao programa, o que foi rigorosamente cumprido, conforme relato dos entrevistados.

Discutimos os critérios de seleção dos ACS: ser morador da comunidade, e não cabo eleitoral, e que seria divulgado o Edital (C12).

A seleção simplificada com análise de currículo e entrevista foi a metodologia utilizada para a contratação da força de trabalho do SC pelo ICS:

Fazíamos seleção dos profissionais de nível superior com entrevistas e análise de currículo. Fizemos uma prova escrita com os auxiliares de enfermagem e ACS porque era uma quantidade muito grande de candidatos. Dávamos preferência às pessoas que eram da liderança local, pessoas que trabalhavam na Pastoral da Saúde, que já tinham a habilidade de realizar algum tipo de trabalho na comunidade. Não era uma seleção por cor de bandeira, mas era por desempenho (R11).

Há que se ressaltar que as diferenças contratuais entre a equipe do SC e da FHDF eram relativas ao salário, direitos trabalhistas, carga horária, jornada de trabalho e dedicação exclusiva além do processo de trabalho, como relatam os entrevistados:

O salário era diferente, os médicos ganhavam R\$ 4.500,00, o enfermeiro ganhava R\$ 2.500,00 no SC. A discussão era se o valor seria maior ou menor do que o salário pago pela FHDF na complexidade da Atenção Básica, do conhecimento e da carga horária de 40 horas e dedicação exclusiva (C12).

O maior salário para os profissionais do SC foi justificado pela questão técnica, como a complexidade do trabalho, as relações de vínculo e também pelo requisito exigido pelo MS de jornada de 40 horas com dedicação exclusiva. Identifica-se também uma justificativa política para a decisão de privilegiar a atenção básica e, de certa forma, recompensar o trabalhador terceirizado pela modalidade de contrato temporário.

Nogueira (2003) analisou essa situação de diversidades de vínculo entre os recursos humanos da saúde como "uma realidade de conflitos potenciais e reais entre os trabalhadores" que deve ser enfrentada pelo gestor como uma de suas funções políticas e que não pode ser delegada a uma instância isolada da SES que

apenas trate a questão apenas como uma forma legal e burocrática de capitanear os recursos humanos. Como previsto pelo autor, as diferenças contratuais interferiram nas relações do SC com as unidades da FHDF e até prejudicaram a continuidade do atendimento, dificultando a longitudinalidade da assistência em outras unidades de saúde da FHDF.

As outras unidades da FHDF muitas vezes recusavam o paciente vindo do SC, porque diziam que “Ah, esse povo não faz nada. Ganha mais do que eu e não resolve os problemas. Eu não vou atender”. Foi muito difícil, só depois de muita conversa, muito treinamento, muita discussão, diminuiu, mas não acabou (C13).

Tivemos uma grande reação de todos os profissionais da rede negando o atendimento especializado, um processo de boicote, daqueles que rasgavam formulário de encaminhamento e negavam os processos. Os médicos do SC queriam processar os médicos dos hospitais da FHDF. Essa confusão também se dava dentro do hospital. Os médicos da FHDF não queriam mudar o modelo, e os enfermeiros, sem entender por que, reagiam à mudança de modelo como se a manutenção do antigo os favorecesse. Tivemos enfermeiros muito juntos, e toda a rede estava contra (C12).

Um dos profissionais percebeu que o SC executava o trabalho em alta velocidade pelo comprometimento da equipe, enquanto que as unidades de referência eram mais lentas, esse fato interferiu na integração, como a rede, e foi agravado pela diferença salarial:

O único problema revolucionário é que o SC trabalhava a cem por hora e, quando chegava à referência, aquilo estava a trinta, quarenta por hora. Porque não tinham esse compromisso. O salário era diferente, criou um clima de animosidade muito grande, o que prejudicou um pouco essa questão da referência (L16).

Todas as equipes passaram por treinamento introdutório antes de iniciar seu trabalho nas comunidades. As primeiras receberam o treinamento da equipe central do SC, que depois foi delegado ao CEDHRUS/SES pela proporção que tomou:

O primeiro treinamento foi muito difícil, muito improvisado. Fizemos uma parte só para os ACS e os auxiliares de enfermagem. Outra parte ficou com os médicos e os enfermeiros, que não gostaram. Num segundo momento estavam todos juntos. (C12).

Antes de entrarmos na área, fizemos o introdutório e compartilhamos o conhecimento com todas as equipes. No segundo momento, começamos a conhecer a rede de serviços de saúde além do conhecimento interativo entre as equipes e os componentes da própria equipe. Ninguém sabia em qual equipe iria trabalhar. No decorrer, as equipes e sua área de atuação eram definidas. Os próprios gestores em alguns momentos estavam com a gente discutindo a política a ser implantada. Depois, nós fomos efetivamente para a área (L14).

O treinamento introdutório do SC foi cuidadosamente executado e abordou o conteúdo do planejamento estratégico (PED) como instrumento de trabalho das equipes locais. Pelo fato de ser o primeiro programa, as equipes locais foram preparadas para sua inserção na comunidade, fazer o reconhecimento do território e diagnosticar a realidade local. Esse pode ser considerado como um momento de discussão do modelo de atenção para consensualizar a concepção teórico-metodológica, a finalidade, os objetivos, a linguagem comum, visando agregar a equipe e fortalecer seu trabalho. A exemplo do que aconteceu no Brasil, em Niterói, Cocal do Sul, Barbacena e outros municípios, o SC também recebeu um consultor internacional, cubano, para a troca de experiências (VIANA; DAL POZ, 2005; HÜBER; FRANCO, 2007).

Destaca-se, ainda, que no treinamento introdutório o ACS foi preparado para apresentar sua equipe à população e ser o interlocutor entre serviço de saúde e comunidade, valorizando sua atuação dentro da equipe, reconhecendo seu saber sobre a população e o local como componentes para o seu empoderamento:

Treinamos os ACS para apresentarem sua equipe à sua comunidade. Eles preparavam uns convites e chamavam a comunidade. Esse foi um lado muito bonito e empolgante. A reunião era em Igreja Evangélica, Católica, que eram de madeirite, mas estavam cheias de gente porque os ACS tinham mobilizado toda a microárea para apresentar o médico, o enfermeiro. Os médicos e enfermeiros levaram um susto tão grande, que teve médico que ficou com medo e médico que se deliciou. Durante a seleção, percebemos que os médicos nunca tinham se visto antes diante da comunidade para discutir, e às vezes eles perguntavam o que é que iam dizer (C12).

Observa-se que o ACS cumpriu o papel de aproximação entre a equipe e a comunidade, conforme assinalado por vários autores (SOUSA, 2001a, 2001b; SILVA; DALMASO, 2002; FLÔRES, 2007). Nesse momento do processo de trabalho, alguns profissionais médicos ficaram amedrontados por não saber o que dizer devido a sua tradicional prática de consulta individual, enquanto outros demonstraram satisfação diante da possibilidade de mudar o modelo de atenção incluindo a reunião com a comunidade como um instrumento de trabalho.

As primeiras 17 equipes foram implantadas em Santa Maria, seguidas pela implantação em Sobradinho e Planaltina (GDF/SES/FHDF, 1997).

No dia 5 de maio de 1996, lançamos as primeiras 17 equipes para atender toda a cidade porque era um desejo do gestor. Tínhamos três unidades estruturadas e as outras não tinham área física nenhuma. Toda hora tinha gente de jaleco por dentro das casas, cada um foi cuidando, os ACS foram arranjando galpão porque não queriam ficar dentro do Centro de Saúde.

Saíram de lá com as caixas na cabeça contendo as fichas do cadastramento “nós não vamos ficar mais aqui porque não somos bem tratados no Centro de Saúde e arranjamos um galpão onde a gente vai ficar com a nossa comunidade”. As equipes sentiram muito a falta de estrutura, mas era um povo muito mobilizado (C12).

Verifica-se pelo depoimento de C12 que o desejo do gestor da saúde era ampliar o número de equipes iniciais de Santa Maria para cobrir 100% da população, porque acreditava na proposta. Esse fator foi determinante para o bom desempenho da atenção à saúde das famílias e como poder indutor da mudança do modelo de atenção coincidindo com os dados nacionais que trataram do tema (SOARES; CACCIA BAVA, 2002; COELHO; PAIM, 2005).

A implantação do SC iniciou-se pela identificação das casas, execução de reformas junto com o reconhecimento da área, mapeamento e cadastramento das famílias, de acordo com os depoimentos colhidos:

Um grande trabalho na regional era identificar as casas para se alugar, fazer algumas reformas para abrigar a equipe, todas pintadas de verde com aquele logotipo das casinhas do MS escrito ‘Saúde em Casa’ e depois a compra do equipamento. Ficou bom o trabalho, porque foi implantado direito. Todas as equipes tinham uma casa boa para trabalhar, ela ficava realmente no centro da comunidade e, depois da capacitação que as equipes receberam, foi assim ‘show’ o trabalho ali (R13).

O planejamento local foi desde onde seriam localizadas, quantas equipes, distribuição geográfica, estrutura, instalação física e o aluguel de casa no centro da área de abrangência. Identificadas as casas, avaliamos tamanho e estrutura sanitária para montar essa equipe. Um processo meio longo com a licitação pra os aluguéis e o Coordenador Regional do SC era responsável por isso, ainda não existia a nova Diretoria da Regional. Ao mesmo tempo, a discussão com a cidade, com líderes comunitários, organizando reuniões na comunidade para explicar o que era isso. (R11).

Pelos depoimentos, verifica-se a preocupação de instalar as equipes em local adequado e de fácil acesso à população, trabalho executado pelo gerente do SC na regional encarregado de prover boas condições para o processo de trabalho. O acesso facilitado é um dos principais ganhos do modelo de atenção com a estratégia da família, o que foi comprovado nos estudos de Aleixo (2002), Andrade, Barreto e Bezerra (2006), Campos e Mishima (2005), Canesqui e Oliveira (2002), Copque e Trad (2005), Elias et al. (2006), Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), Sousa (2007), Souza (2002) e Conill (2002) e outros.

Um dos entrevistados relatou que a implantação do SC em Planaltina foi diferente porque já existia uma rede de atenção primária e a população conhecia os médicos que atendiam nos Centros e Postos de Saúde:

Em Planaltina foi diferente de outras regionais, porque tinha uma estrutura de serviços de saúde há vários anos: um Hospital Regional, três Centros de Saúde e oito ou dez Postos Rurais. Nas outras regionais, ou não tinha nenhum serviço e o SC chegou, ou ele ampliou. Em Planaltina, iria ampliar, melhorar, aumentar, mas, também modificar o atendimento existente há mais de dez anos de área rural e Centro de Saúde. Não podia fazer um serviço paralelo ou de competição nessa comunidade. No começo houve alguns problemas, a todo tempo a gente tinha que intervir. Havia médicos que atendiam no Posto rural há dez anos, uma vez por semana, e com o SC montou-se uma equipe naquela área. A população estava acostumada, tinha um carinho com o médico da FHDF, e iria entrar outro sem garantia de permanecer. Isso tudo teve que ser adequado e conversado. Na área urbana, era a mesma coisa. A população questionava: o serviço está piorando, eu tinha um pediatra para o meu filho e agora tem um generalista? Não soava bem (R14).

O depoimento acima demonstrou a necessidade de se discutir com a população a nova estratégia e o novo paradigma para a atenção básica, que deixava de ser especializada. Revelou a importância da comunicação como um instrumento do processo de trabalho que deve ser utilizado não só entre as equipes e a população como também entre os níveis hierárquicos da SES/DF e os profissionais de saúde. Assim como também a valorização do vínculo com o profissional como fator importante na mudança da atenção básica (GOMES; PINHEIRO, 2005; MERHY, 2006a). Schimith e Lima (2004) referiram que há uma relação estreita entre vínculo e acolhimento e que sua efetivação ocorre sob uma nova ética de escuta e de negociação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde, o que foi denominado por Merhy (2006a) de trabalho vivo em ato.

O planejamento local era feito junto com a comunidade em um processo participativo que se tornou fundamental ao programa:

Nunca tinha visto acontecer no serviço de saúde a discussão com a população. Cada equipe apresentava o cadastramento e o mapeamento dos problemas e necessidades para eles. Os ACS convocavam uma grande reunião na sua área para discutir aquilo que foi levantado pelas equipes: os problemas levantados e a proposta de execução de trabalho. O mais fantástico é que as equipes do SC perceberam que seu trabalho teve resultado. Havia indicadores que deveriam ser acompanhados e, de seis em seis meses, se revia essa atuação, se fazia uma avaliação daquilo que foi proposto junto com a Coordenação Central do SC (R11).

Identifica-se que a proposta de planejamento local foi efetivada como prevista: com a participação da população na identificação de problemas e definição dos serviços indo ao encontro das proposições de Mendes (1993a) para o Distrito Sanitário; de Gonh (2004) para o empoderamento da população; Crevelim e Peduzzi (2005) para se estabelecer um projeto comum para comunidade e equipe de saúde da família; e confrontar as necessidades de saúde percebidas pelos moradores e as

que os trabalhadores tomam como objeto de trabalho como no estudo de Campos e Mishima (2005).

O sistema de referência e contra-referência do sistema de saúde do DF já era um problema diagnosticado no projeto de implantação do SC (GDF/SES, 1996a). Após a chegada do SC, esse problema se agrava por dois motivos: aumenta a demanda porque se descobre problemas de saúde não diagnosticados e queixas ainda não ouvidas pelo serviço, e acrescenta-se mais um pequeno trajeto no fluxo do sistema, ou seja, o encaminhamento do SC para os Centros de Saúde.

Cabe ressaltar que o documento da REMA previa a reformulação das emergências e a redefinição de normas e fluxos para os exames complementares e diagnósticos como ação resolutive ao problema da continuidade e da integralidade dos cuidados de saúde. A argumentação apresentada foi a de que as novas normas sobre o fluxo do usuário nos serviços teriam a função de racionalizar os recursos e atender à demanda (GDF/SES, 1996a).

Encaminhar o usuário do SC para o nível hospitalar (secundário e terciário) era um problema, porque as primeiras equipes foram implantadas em área que não dispunha desse recurso:

As demandas de Santa Maria eram referenciadas para o HR do Gama. Para o Recanto, na época, conseguimos mudar o fluxo deles porque tinham uma dificuldade de ônibus para ir ao HR do Gama, que era a referência para eles. Os usuários do Recanto passaram a ser referenciados para Taguatinga, HRT. Mas foi um período curto e depois já reorientou a saúde (R11).

A realização de exames laboratoriais e devolução dos resultados também foram problemas enfrentados pela equipe e que, em uma regional de saúde, foi solucionado com a informatização do laboratório e o envio eletrônico dos resultados em breve espaço de tempo, evidenciando que a tecnologia disponível foi utilizada em benefício do usuário:

Para os programas do Centro de Saúde tínhamos os resultados dos exames de laboratório on-line. As pessoas atendidas no SC colhiam o material, o sangue, por exemplo, no Centro de Saúde e aguardavam o resultado. Depois de uma hora, uma hora e meia, o resultado era buscado no computador, imprimia-se uma cópia e entregava para ela para passar para o médico, às vezes do Centro de Saúde ou do próprio SC (R13).

A superlotação das emergências hospitalares foi reduzida após a implantação das equipes do SC. O depoimento de um entrevistado da equipe central do SC confirma isso:

Tínhamos uma realidade quando começamos o SC em que o Pronto Socorro atendia basicamente 80% das necessidades, e o ambulatório, cerca de 20% a 30%. E terminamos o SC em 1998 conseguindo fazer uma inversão, que basicamente estava 60% para a atenção básica e 40% para o Pronto-Socorro, ou 50% e 50%. Porque no SC nós não esperávamos as pessoas adoecerem (C11).

Pelo fato do SC não esperar as pessoas adoecerem e executar ações de prevenção, promoção, com diagnóstico precoce e análise dos riscos, efetuou-se a redução do atendimento emergencial mudando indicadores de um modelo de atenção centrado nessa unidade e na tecnologia adequada ao atendimento da doença. Desse modo, contribuiu-se com a racionalização dos recursos públicos (CAMPOS, 2007; SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

A expressão mais concreta dessa atitude foi a implantação da triagem no Pronto Socorro para organizar a demanda e o fluxo de atendimento. Esse processo foi exaustivamente discutido, como referiu o profissional, porque era motivo de polêmica entre médicos e entre a população:

Implantamos a triagem no Pronto Socorro em consenso com todo mundo, foi uma questão polêmica. Foram estabelecidos critérios para entrada no Pronto Socorro e para o que seria remetido ao SC, e acordado com a equipe do SC, que atenderia as pessoas que chegassem com um documento do Pronto-Socorro. Caso não conseguisse atendimento no SC, a pessoa deveria voltar ao Pronto-Socorro e seria atendida. Teve um conflito imenso com a comunidade, queixas, denúncias, brigas entre médicos, e também do SC com médicos do Pronto-Socorro e do Centro de Saúde (R14).

Esse depoimento remete à discussão do modelo de DS em que os serviços de saúde deveriam ser organizados de acordo com a necessidade de enfrentamento contínuo ou esporádico de problemas gerados pela população, e um recurso indispensável para essa organização era o conhecimento do perfil epidemiológico e da demanda local (MENDES, 1993a). Assim, o SC utilizou o saber epidemiológico e a avaliação da busca aos serviços como ferramentas para estruturar os atendimentos à saúde mediante discussão consensual. A integração do SC com a rede da FHDF era um desafio previsto na proposta SC e foi enfrentado com a discussão de solução adequada para cada realidade regional, pactuadas com o novo Diretor da Regional.

Mesmo tendo como eixo norteador da proposta para o SC os princípios e as diretrizes do SUS de universalidade e integralidade da atenção, era difícil transformar o prescrito em ação diária dentro do universo do trabalho. Segundo a

compreensão de um dos entrevistados, para efetivar a continuidade da atenção é preciso realizar muito treinamento com os profissionais para mudar o paradigma dominante:

A continuidade da atenção estava montada e prevista no SUS, só que isso não se dava por um decreto. É todo um processo de trabalho, de treinamento, de nova proposta, que passa por recursos humanos e leva tempo. Investiu-se muito nessa questão do treinamento, com oficinas para os funcionários, colocando essa questão da continuidade e do encaminhamento para mudar o pensamento (C13).

Em algumas regionais, a referência para o Centro de Saúde foi bem sucedida, conforme depoimento de um dos entrevistados. A relação positiva do SC com a rede da FHDF pode ter sido resultante da atuação propositiva do Diretor Regional de Saúde:

Conseguimos que os ginecologistas, pediatras e clínicos dos Centros de Saúde passassem a ser uma referência para os médicos do programa SC. Cada equipe executava as ações básicas da sua região e encaminhava para esses especialistas em unidades básicas à medida que eles não conseguiam resolver pela complexidade do atendimento, e, dessa mesma referência, ele tinha uma contra-referência onde o usuário era devolvido para o profissional do SC para se dar a continuidade da assistência (R11).

Contudo, de modo geral, a integração do SC com os Centros e Postos de Saúde era precária, em alguns casos, inexistente como afirmaram os entrevistados:

A proposta era que a equipe de SC tinha uma tarefa, um planejamento e um foco. O Centro de Saúde tradicional seria transformado num apoio, numa referência para a equipe de SC. No Centro de Saúde devíamos ter o ginecologista, mas era o especialista, e que daria suporte ao pessoal SC. Trabalhar com o sistema de referência e contra-referência: aquilo que a equipe não podia resolver no SC referenciava para estas unidades intermediária, que inclusive era nossa idéia transformá-las em policlínicas de especialidades, podendo-se até fazer internações, tipo hospital-dia 24, para até fazer uma hidratação venosa, mas isso não foi possível (C11).

Pelo depoimento C11, verifica-se a presença da idéia da organização matricial da atenção básica com equipes de referência e equipes de apoio veiculadas por Campos (1999, 2003), mas que não foi executada.

Duas razões foram apontadas como responsáveis pela dificuldade de organizar o serviço de atenção para oferecer a continuidade: a falta de protocolos institucionais legítimos e as diferenças contratuais que interfeririam na produção da saúde. Os profissionais da FHDF parecem ter utilizado esse fato como instrumento para manifestar sua indignação e colocar em xeque as relações de poder dentro do universo microestrutural da prática:

Os profissionais do SC tinham a mesma formação que os profissionais da FHDF, estudaram durante um mesmo período e escolheram ir para o SC. O outro profissional optou pelo concurso público, trabalhava só dentro da unidade e tinha outros direitos. Era um embate entre os profissionais da SES/D – FHDF e os do SC pelo salário, seleção e tipo de trabalho. Teve processo contra médico, contra enfermeiro porque pediam exames e não era aceito, não faziam. Foi um embate danado, muito difícil (L11).

O não funcionamento do sistema de contra-referência acarretou um episódio grave durante o falecimento de um paciente da área de atuação da equipe do SC, conforme relato feito por um profissional durante a sessão do grupo focal:

O hospital manda um paciente grave para a minha área sem a contra-referência. Ninguém da equipe do SC sabia. Só que ele morre na sexta-feira às cinco horas da tarde. Não tinha definição sobre o atestado de óbito: quem assina? Estou eu, médico, na delegacia, a Coordenação, e chega o pessoal do jornal, da imprensa. Aí não dá! Sentimos que a transferência do usuário num estado grave para a nossa área, sem uma contra-referência, significava um desrespeito à própria unidade local do SC. Foi quando estabelecemos o fluxo (L15).

A falta da contra-referência também foi identificada em 50% das UBS e do PSF como um problema da atenção básica de Petrópolis (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003). Embora esse estudo tenha demonstrado que o PSF obteve melhores indicadores de coordenação do que as UBS, os autores avaliaram que um dos desafios para a organização dos serviços daquele local é o de melhorar a coordenação com a utilização de normas e mecanismos adequados para garantir a referência e a contra-referência.

Para atender as especialidades ausentes nos serviços dos Centros de Saúde era mais difícil, porque esse trecho do fluxo de continuidade do atendimento era o gargalo do funil do sistema, onde se concentravam as demandas de toda a rede da FHDF mais as do SC:

Com a chegada do SC, um monte de hérnias abdominais, que estavam quietas na comunidade, foram levantadas e encaminhadas para cirurgia. Demandou exames complementares, radiologia, a malfadada ecografia da gestante, banco de sangue e as especialidades médicas. Para dar retorno e suporte ao SC. E não tinha médico cirurgião, nem disponibilidade de Centro Cirúrgico e nem de anestesista para realizar a cirurgia (R14).

Starfield (2004) evidenciou que "nem todas as necessidades podem ser atendidas dentro da atenção primária" a partir da análise dos diferentes trajetos, ou "rotas" para a prestação de serviços tendo como origem a UBS. A autora identificou uma delas como resultante da "incerteza ou incapacidade do profissional da atenção básica" para o diagnóstico e o tratamento, portanto, necessitam da confirmação do

especialista, e que também possa oferecer recursos tecnológicos apropriados. Nesse sentido, apontou a coordenação como um componente da atenção que ao "juntar tudo" organiza o sistema de saúde e a produção dos serviços.

Observa-se que na organização da rede de saúde não houve a coordenação entre a atenção demandada pela estratégia com os demais serviços. Confirmando a afirmação de Monnerat, Senna e Souza (2002) de que "o sucesso do PSF depende, em grande medida, da capacidade resolutiva dos serviços de média e alta complexidade tecnológica para dar seguimento ao processo de assistência à saúde".

Problemas clínicos que deveriam ser resolvidos pelos serviços de média complexidade eram encaminhados para o hospital terciário encarregado de realizar procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, por falta do profissional médico especialista:

Para uma pessoa com convulsão, eu tenho o esquema básico de epilepsia no SC. Não resolveu? Passo para o clínico, não resolveu? Passa para o neurologista. Não tem neurologista. Uma convulsão acabava indo ao Pronto-Socorro do HB, pois era o único lugar onde se encontrava um neurologista, o que é totalmente fora do esquema mandar uma epilepsia para um neurocirurgião do hospital terciário (R14).

Identifica-se que o SC também denunciou a fragilidade da organização dos demais níveis da atenção do sistema de saúde, assim como ocorreu em várias experiências no país (CARNEIRO et al., 2005; ELIAS et al., 2006; MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002; CONILL, 2002; COPQUE; TRAD, 2005; TEIXEIRA, 2004; RONZANI; SILVA, 2008; PIMENTA, 2005), prejudicando a integralidade da atenção e a longitudinalidade na aceção de (STARFIELD, 2004).

As relações estabelecidas entre a equipe regional e central do SC foram positivas, de autonomia e respeito à regional:

A partir do mapeamento, a regional apresentava ao nível central suas necessidades: número de equipes e tamanho da população, estrutura física, remanejamento de pessoal. A Coordenação Regional tinha toda a liberdade e autonomia na execução do seu trabalho. Claro que tinha muita clareza sobre o programa, e ninguém faria uma alteração que mudasse o sentido do SC. Não era nada impositivo, ao contrário, era um trabalho muito coletivo embora fosse novo. Quem trabalhava no nível central também precisava muito de quem estava executando para ter clareza se aquilo realmente funcionava (R11).

O nível central acatou a peculiaridade de cada regional, deu liberdade de ação e incentivo para que cada grupo procurar uma solução (R14).

A avaliação e o monitoramento das equipes do SC eram feitos pela equipe central do SC e pelos técnicos da SUPLAN quinzenalmente:

Quem avaliava o planejamento das ações das equipes do SC era a SUPLAN, visitando o local. Marcava-se uma reunião com enfermeiras e médicos da equipe do SC. Sentávamos com eles e fazíamos a discussão da consolidação dos dados. Tinha essa interface quinzenalmente e todos os problemas eram discutidos, a relação era boa e constante. Quem Coordenava essas reuniões era o Subsecretario de Projetos Especiais da SES/DF, com participação da SUPLAN (C13).

A cada quinze dias, a cada três semanas, havia reuniões do Diretor da Regional com todos os representantes do SC e da FHDF da regional (HRP, Centros de Saúde, coordenador de equipe do SC) para discutir essas coisas (R14).

Percebe-se que existia a discussão qualitativa do processo de implantação e desenvolvimento do SC, assim como da organização dos serviços durante as freqüentes reuniões da equipe central com as regionais e nas reuniões semanais ocorridas nas unidades do SC com os componentes das equipes locais.

Para a educação continuada, existiu um processo formal no qual os profissionais se deslocavam para a sede regional ou a faziam junto com a equipe do Centro de Saúde. Entretanto, ficou evidente que os temas prioritários para as equipes do SC eram discutidos nas reuniões de supervisão e monitoramento da equipe central com as equipes locais, caracterizando um processo educativo permanente, pois eram reuniões semanais. As equipes locais também se reuniam freqüentemente para discutir a organização do processo de trabalho nas unidades, com ou sem a presença da Coordenação Central do SC.

Não houve falta de reuniões. Elas eram sempre exaltadas, democráticas, abertas e sempre se tomaram decisões. Nenhuma decisão foi autoritária. As decisões foram tomadas por consenso e acatadas na prática (R14).

Havia uma aproximação e apoio dos Coordenadores do SC com a equipe. Um apoio muito grande dos Coordenadores do SC. Cada área tinha um Coordenador do SC. Ele acompanhava essa equipe (L14).

Durante esse período, houve a realização de um Curso de Especialização em Saúde da Família ministrado pela UnB/Departamento de Saúde Coletiva, por solicitação da SES/DF, do Pólo de Saúde da Família, para capacitar os profissionais sobre a estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, e dois Cursos de Especialização para Enfermeiros em Atenção Básica oferecidos pelo Departamento de Enfermagem da UnB, para atender a agenda política de fortalecimento e capacitação dos recursos humanos da SES/DF. Para Feuerwerker (2005), Teixeira e Solla (2005), a capacitação profissional é um requisito indispensável à mudança do modelo de atenção e à operacionalização efetiva de novas práticas e novos processos de trabalho no cotidiano dos serviços, sobretudo na saúde da família.

Conclui-se que o modelo de implantação do SC aproximou-se muito do modelo regionalizado, segundo a classificação de Viana e Dal Pozo (1998). Pois sua implantação deu-se de forma regional com o desenvolvimento de uma política de apoio à mudança das práticas de saúde, houve a realização de ações intersetoriais em todos os setores do governo, notadamente na saúde, teve também forte participação comunitária na definição dos serviços de saúde e no orçamento participativo como canal próprio para expressar os anseios da população. Sua limitação foi a falta de uma política de integração com os serviços de saúde existentes na rede para considerá-lo um modelo genuinamente regional na classificação dos autores citados.

4.1.3. PRÁTICAS DE SAÚDE DO SC

O SC nasceu com uma proposta inovadora de práticas e de processo de trabalho de atenção básica às famílias, que conviveu com o modelo tradicional de atenção primária existente desde os anos 1970. Os profissionais demonstraram como foi o processo de sua implantação:

Não foi fácil transformar o projeto político ideológico numa ação prática porque tivemos que implantá-lo no sistema tradicional, é como se você trocasse os pneus com o carro andando. Não podíamos fechar a atenção básica tradicional com Postos de Saúde, Centros de Saúde e Hospitais, e vínhamos com um modelo novo (C11).

Iniciamos em Santa Maria e depois foi se expandindo com um modelo novo, se construindo aos poucos junto com o velho: era como trocar o pneu com o carro andando (L18).

As práticas de saúde do SC foram previstas para serem desenvolvidas tanto nas unidades como nos domicílios, nas escolas e em outros equipamentos sociais existentes na comunidade. O documento original agrupou as ações do SC em técnicas assistenciais e técnicas administrativas (GDF/SES, 1997).

As ações técnicas assistenciais da equipe do SC eram: consulta médica e de enfermagem a todos os membros da família em todas as faixas etárias; ações de vigilância à saúde (doenças transmissíveis e crônico-degenerativas); participação nas ações de vigilância sanitária (controle e notificação) e participando de ações de

vigilância epidemiológica (Saúde do Trabalhador e Educação Sanitária); colher e encaminhar material para exames laboratoriais; realizar os serviços básicos de saúde (vacinação, curativos, injeções, nebulizações); realizar internações domiciliares de casos clinicamente estáveis e fazer o acompanhamento até a alta; e, atividades educativas (famílias e grupos) (GDF/SES, 1997).

As ações técnico-administrativas das equipes do SC eram: levantamento de dados por intermédio do cadastramento familiar para identificação dos fatores determinantes dos riscos relacionando-os com os modos de viver da população; estruturar e alimentar o sistema de informação (dados das unidades do SC e da comunidade); planejar, coordenar e avaliar as ações de saúde tanto no nível da produção e organização do serviço quanto ao impacto na saúde da comunidade; e articular o processo de trabalho com os serviços existentes na localidade e na regional de saúde (GDF/SES, 1997).

Além da equipe mínima do SC, o DF foi pioneiro na implantação das equipes de saúde bucal no país, ocorrida em maio de 1997. Para a saúde bucal, o projeto também explicitou ações técnico-assistenciais e administrativas (GDF/SES, 1997).

As ações técnico-assistenciais da equipe de saúde bucal do SC eram: orientação sobre rotinas e possibilidades de atendimento, treinamento e acompanhamento dos profissionais (nível técnico e básico) para ações preventivas e promocionais, realizar atividades de promoção da saúde e prevenção da doença (palestras e orientações individuais), encaminhar para os serviços de atendimentos curativos, realizar procedimento preventivo e tratamento curativo restaurador e/ou especializado à clientela referenciada. As ações técnico-administrativas da equipe de saúde bucal eram as mesmas da equipe do SC, demonstrando a existência de um projeto comum para as duas práticas (GDF/SES, 1997).

O projeto do SC inseriu as "Ações Extramuros" como práticas que potencializariam a nova lógica do processo de trabalho em saúde baseado na realidade local, na intersetorialidade e no trabalho em equipe. Seria uma complementação às práticas de atenção básica dos Centros de Saúde, visando aumentar a resolutividade, a organização e participação popular, a educação em saúde, a atenção domiciliar e resgatar a cidadania (GDF/SES, 1996a).

No projeto do SC, foi prevista a criação da "Sala de Acolhimento" nos Centros e Postos de Saúde visando obter resolutividade e a abordagem integral das pessoas por uma equipe multiprofissional, cujo processo de trabalho estaria centrado no

enfoque de risco. As rotinas previstas passariam pela apreciação dos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem para iniciar sua implantação (GDF/SES, 1996a), visto que era uma prática inovadora em processo de construção no país. Para construir a proposta da sala de acolhimento e do novo modelo de atenção, a SES/DF contou com colaboração técnica externa:

O Secretário juntou todos os Diretores Regionais nessa discussão, Gastão Wagner, vindo aqui em defesa da saúde, da qualidade de vida (C12).

Porém, a sala de acolhimento dos Centros de Saúde funcionou apenas no início dessa gestão, durante as discussões sobre o DS, e depois deixou de existir como um espaço de prática na atenção básica.

O processo de trabalho do SC foi percebido pelos profissionais como um conjunto de atribuições aos componentes da equipe. Verifica-se no depoimento abaixo que médico, o enfermeiro e o AE eram responsáveis pelas ações tradicionalmente realizadas nas unidades básicas de saúde. O ACS assumia o trabalho mais direto com as comunidades:

O processo de trabalho era dividido respeitando as atribuições de cada profissional, médico fazia consulta médica, o enfermeiro consulta de enfermagem, curativos, medicamentos, junto com a equipe de AE. Os ACS faziam o acompanhamento em nível domiciliar, das pessoas, dos usuários que foram atendidos na unidade e também levantavam problemas da sua microárea, de saneamento e de tudo. E a gente também tinha odonto, a cada duas equipes do SC tinha montada uma equipe de odontologia (R13).

O processo de trabalho era coordenado por uma pessoa de referência: dois meses um enfermeiro, dois meses um médico e dois meses o dentista. A nossa equipe tinha o consultório odontológico que atendia duas equipes do SC. Trabalhávamos em todas as áreas básicas, todos os programas do MS. A educação em saúde era contínua. Tínhamos muito apoio de um grupo de senhoras da pastoral: chamavam as pessoas e mobilizavam a comunidade. Apesar de casa alugada, tínhamos espaço para trabalhar em grupos a promoção e as atividades preventivas. Além desse espaço, tínhamos as escolas e as igrejas, que eram muitas e grandes (L12).

O depoimento de L12 revelou que havia rodízio na coordenação da equipe entre os profissionais como uma característica de gerência horizontal e compartilhada (MISHIMA et al., 1997). Ele demonstrou a participação das "senhoras da pastoral" no processo de trabalho, caracterizando a parceria com lideranças locais e o conhecimento compartilhado com essas promotoras da saúde existentes no local (VIANA; DAL POZ, 1998; VIANA et al., 2002). Também se revelou uma prática baseada nas ações programáticas e a utilização da educação à saúde como

instrumento desse modelo corroborando com os achados de outros estudos (ALMEIDA et al., 1997; SCHRAIBER et al., 1999).

O processo de trabalho do SC teria que ser diferente para romper com o modelo de atenção básica tradicional que se apresentava ineficaz (GDF/SES, 1996a) e, conseqüentemente, privilegiava práticas que possibilitassem maior envolvimento com a população que apresentava problemas sociais extremamente complexos que se refletiam nas condições de saúde:

Começou-se a pensar e a tratar a doença como um reflexo da condição de vida, das condições culturais e sociais dentro da população. Encontrávamos problemas sociais demais: alcoolismo, drogas. Em Ceilândia, durante o cadastramento, faltavam dois jovens na família porque estavam na Papuda, ou foram assassinados pelo tráfico. Isso era parte da nossa rotina (L15).

As estratégias eram aproximar-se da população local para possibilitar o acesso aos serviços de saúde, bem como investir nas ações de prevenção, promoção e vigilância permanente:

Excelente estratégia de aumento de acesso, de universalidade e de integralidade. Quanto mais próximo o profissional está da população, mais inserido nos problemas e na situação de saúde dela, maior a condição dele se envolver com aquela problemática e prestar o cuidado integral (R13).

Uma ação forte na promoção, prevenção e vigilância permanente. Garantir que aqueles que são saudáveis (80%) continuem cada vez mais saudáveis, e os que têm algum problema (20%) fazer com que migrem para o grupo dos saudáveis. Esse era o trabalho, era o grande desafio da equipe do SC que trabalha com a realidade social da comunidade. Trabalhava-se com ações de promoção e prevenção para que o sadio não adoecesse, e para quem tinha um agravo, não tivesse as complicações dessas patologias (C11).

Observa-se que o processo de trabalho era composto por instrumentos e saberes da prevenção da doença, promoção e vigilância da saúde, e também de cura e reabilitação que buscavam articulação para oferecer a integralidade horizontal e vertical da atenção (STARFIELD, 2004; MACHADO et al., 2007; MATTOS, 2004; TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

O objeto de trabalho das práticas do SC era percebido de forma ampla para além do corpo biológico ou da doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; LAURELL; NORIEGA, 1989; AYRES, 2004b). Os depoimentos revelaram que o objeto – as famílias – eram percebidas nas dimensões psicossociais, a organização da dinâmica familiar, as condições socioeconômicas e culturais:

Pensar naquela pessoa como membro de uma família, que pode estar com a situação financeira difícil ou não, a mãe trabalha ou não, reconhecer problemas de violência naquela família, não só biológico (R13).

Uma coisa é dar conta do conhecimento de um centro cirúrgico, de uma UTI, a outra coisa é ter que dar conta de um processo saúde-doença de uma família com autonomia, discutir relações, patologia, modelo de prevenção, comportamento, isso é de uma complexidade enorme, de um desgaste físico e intelectual enorme e as pessoas não valorizam isso, o que é cultural. (C12).

Essa nova forma de perceber as necessidades das famílias impunha grandes desafios à equipe que passaria a reconhecer diversos problemas que antes não eram considerados como a precariedade das moradias, a violência, o abandono, entre outros:

Conseguiu-se identificar situações que jamais aconteceriam sem o SC, como violência a mulheres, como abuso de crianças, como vários fatores sociais: parede da casa mofada. O problema social não tem resposta e vai para a saúde. A intenção do SC de reverter o modelo foi imediata, porque a mudança do modelo passa pela decisão política. As corporações, os médicos, os cartéis, o assistencialismo não deixam fazer a mudança. Se ela ocorre, eles fazem de tudo para reverter (L11).

Começamos a descobrir coisas que não eram responsabilidade da saúde, mas acabam sendo canalizadas para a saúde: violência à mulher, abandono de criança, desestrutura familiar. Tudo acabava tendo que se resolver na unidade do SC (L15).

Como você vai à casa da família para resolver um problema que não é passar remédio para curar a doença de alguém, mas um problema social, psicológico. Como é que você vai resolver? (C13).

De todo o trabalho, o que ficou na cabeça era "o que se fez, quando não se sabia como fazer". Gerou e construiu muitos conhecimentos específicos de como fazer a saúde comunitária no DF. Muita gente colaborou, muita gente aprendeu, o que deu e o que não deu certo. Como funciona melhor. Isso é possível de se resgatar, pois existe este saber tanto nas pessoas, como nos profissionais e nos dirigentes. Foi o melhor do que foi feito até hoje (L15).

Os depoimentos acima revelaram a falta de um modelo sistematizado para a atenção à saúde da família, que requeria nova organização tecnológica do processo de trabalho. Por outro lado, a intenção de resolver e a compreensão de que esses aspectos da vida das famílias eram determinantes de sua saúde, fez a equipe refletir, buscar e criar instrumentos que se aproximassem dessa nova modalidade de cuidado que os surpreendeu, porque tinham uma imagem-objeto clara e comum sobre o projeto de mudanças das práticas da atenção básica (PAIM, 2001; SENNA, 2002).

A territorialização e o cadastramento foram os instrumentos do processo de trabalho que indicaram o eixo estruturante para a construção das práticas, a partir do

conhecimento do objeto ampliado, e não apenas uma como uma etapa de implantação do programa. Essa compreensão foi um potencial de mudança para as práticas de saúde, (TEIXEIRA, 2003, 2004; PAIM, 2004, SOUZA, 2002).

Teixeira (2002, 2006) também considerou que o processo de territorialização da ESF é um eixo convergente ao modelo de vigilância à saúde porque permite a intervenção sobre problemas, riscos, danos e determinantes do processo saúde-doença; os problemas que requerem a atenção e acompanhamento contínuo são revelados; operacionaliza o conceito de risco; articula ações de prevenção, promoção e cura; promove a ação intersetorial e oferece o domínio necessário para que as intervenções sejam realizadas sob a forma de operações.

A equipe realizou o cadastramento das famílias em duas ou três semanas. Sua consolidação era feita manualmente para que a equipe central alimentasse o SIAB:

Iniciamos o cadastramento de todas as famílias e a consolidação das fichas do SIAB. Traçar o perfil epidemiológico, levantamento das áreas de risco, de indivíduos com complicação de saúde, grupo de risco, hipertensão e diabetes, adolescente em situação de risco, abandono e maus tratos (L15). Comecei a utilizar a epidemiologia como o instrumento organizador das informações: calcular taxa de fecundidade, taxa de natalidade, quantidade de hipertensos para determinada área, para determinada população que tinha tantos homens, ver quais eram os principais fenômenos que a minha comunidade tinha para poder atuar com eco (L17).

No cadastramento encontramos diabético, hipertensos, adultos não alfabetizados, crianças fora da escola e sem o cartão da criança (L14).

A equipe de saúde bucal realizou um cadastramento específico para diagnosticar os problemas da população, e os relatos a seguir discorrem sobre essa etapa:

Fizemos um novo cadastramento adequando às informações odontológicas. A nossa maior dificuldade foi durante o cadastramento, porque tínhamos que examinar clinicamente o paciente, coletando dados: CPOD, índice de dentes cariados, perdidos e fraturados, índice de necessidade de prótese, de doenças periodontais de tratamento. Muitas vezes ele não se encontrava em casa. Estava no trabalho, na escola. Às vezes nós marcávamos finais de semana, à noite, o que a Coordenação Regional proibiu por questões de segurança (L15).

Assim, o objeto de trabalho do SC eram as famílias cadastradas pela equipe local que possuía um conhecimento minucioso das suas características sociais e necessidades de saúde:

O perfil cultural e o econômico eram muito parecidos. Tinham famílias que mereciam melhores cuidados, porque eram de risco e teriam que ser mais visitadas, era aquela família que necessitava mais de atendimento (L14). As pessoas tinham os seus lotes, domicílios fixos, a residência bem melhor estruturada, poucos barracos, a maioria eram casas pequenas de alvenaria. Nos lotes a família agregava filhos. Em um lote existia mais de uma residência, mais de uma moradia, mais de uma família. Na época a única rua asfaltada era a principal, que cortava a cidade de ponta a ponta. A infraestrutura urbana era precária, muita lama na época da chuva, muito problema de esgoto, e na época da seca muita poeira. Tinha energia elétrica (L12).

O perfil das famílias era extremamente heterogêneo. Do ponto de vista cultural, conflitos entre migrantes (gaúchos) e os nativos do Paranoá rural. Na questão econômica, tínhamos diferenças grandes entre os produtores e os que eram só fornecedores de mão-de-obra e de trabalho. Cada área concentrava um tipo de produção: hortifrutigranjeiros, produtores de grãos, produção de queijos e gado. Pessoas com maior poder aquisitivo conseguiam comprar os remédios e se alimentar direito. Outra população tinha doença de Chagas, só tinha uma refeição por dia e trabalhavam por empreitada. Era muito difícil lidar com essas últimas porque as crianças ficavam largadas em casa, sem os familiares; era bem diferente (L17).

Famílias humildes, mas com um mínimo de educação, outras sem nenhum referencial para a saúde e para nada. Eram pessoas que foram resgatadas da rua mesmo, do lixão. Então só a equipe do SC era a referência. A família humilde que permitia o acesso era fácil de trabalhar, mas existiam outras, que dificultavam o nosso acesso e era difícil saber como chegar lá para orientar porque não existia o mínimo de abertura (L16)

Os depoimentos revelam que, para a execução das práticas, a equipe utilizou do saber epidemiológico, do enfoque de risco populacional/ambiental, da identificação de problemas psicossociais e econômicos e da organização da vida familiar, que são conhecimentos sobre os "modos de andar a vida" (AYRES, 2004), poucas vezes incluídos nas ações programáticas da atenção básica. Assim, como dito anteriormente, o objeto de trabalho passa a se constituir de forma ampliada em direção às necessidades de saúde da população dentro de sua dinâmica familiar inerente à sua inserção social, histórica, econômica, cultural. Revelando tanto a dimensão individual de seus componentes como da família em sua totalidade, demonstrando sua complexidade como objeto de trabalho do SC (CAMPOS; MISHIMA, 2005; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; AYRES, 2004).

Quanto à infra-estrutura, a unidade do SC era uma casa alugada onde se faziam reparos para que fossem adequadas ao trabalho em saúde, por isso algumas equipes ficavam sem a unidade no início do trabalho. Outros relatos avaliaram que a localização estratégica da casa na comunidade era importante facilitador do acesso:

A gente não tinha unidade, ficava na escola e achava difícil no primeiro momento, mas depois percebemos que tem um trabalho por trás, que é a relação com a comunidade, aí a unidade não é tão importante. Ela passou a

ser mais importante quando se começou a cadastrar. Consegue-se a casa, a Equipe Técnica fazia a adequação das instalações físicas: pia, fazer divisórias, essas coisas todas (L15).

Ficava na rua e atendia o usuário no centro comunitário por falta de lugar (L18).

Tínhamos uma casa bem estratégica. Ficava exatamente entre as quatro microáreas, porque eram quatro ACS (L12).

Nossa casa não conseguiu ser muito central no meio das microáreas. Tinha que conquistar muito a população do outro pedaço da área porque era muito longe da nossa unidade (L13).

A equipe local era responsável pelo reconhecimento e mapeamento das microáreas, e nessa prática da territorialização todos os componentes participavam, conforme relatos apresentados:

Definimos que faríamos o cadastramento todos juntos e começaríamos de uma ponta até chegar à outra, porque era importante todos conhecerem todas as micro-áreas. Assim todos poderiam já ir se apropriando, conhecendo o local e também identificando a casa para alugar (L13).

Fazíamos os mapas: quantas casas tinham em cada micro-área, as ruas, igrejas, creches, escolas. Como a nossa área incluía a avenida central, sabíamos quantos supermercados, farmácias, barzinhos. Porque os barzinhos eram fundamentais para compreender os costumes da população. Tinha o pedreiro que chegava sexta-feira com dinheiro que ele tinha ganhado na semana e ia tomar cachaça, ou batia na mulher ou era esfaqueado – porque tinha essa incidência – depois era levado para ser atendido na unidade do SC na segunda-feira (L17).

Visitamos as microáreas, fizemos o cadastramento, a identificação do perfil epidemiológico tudo junto com o cadastramento (L18).

Para o cadastramento, íamos ao sábado, todo mundo, médicos, auxiliares, enfermeiros, os ACS, todos participaram desse cadastramento, das visitas e de preencher a ficha de cadastro. Ficávamos pouquíssimo tempo dentro da Unidade, só passávamos ali para pegar material da área. Depois do cadastramento, a gente passou pela fase da análise e da consolidação das informações, que eram manuais (L12).

Verifica-se que para o processo de territorialização houve o treinamento prévio e o cuidado de realizá-lo com a participação de todos os componentes, com o objetivo único de reconhecimento das características, riscos e problemas da realidade concreta a ser modificada pelo processo de trabalho. Portanto, um projeto que era unificado e comum a todos os profissionais, caracterizando um trabalho em equipe de integração conforme definição de Peduzzi (2001). Os entrevistados apresentaram outros elementos que indicam a tentativa de se realizar um trabalho em equipe:

Porque a gente tinha reuniões periódicas. Não só porque o dentista estava procurando saber como era sua área, mas ao mesmo tempo estava junto da

equipe que tinha feito aquele trabalho de cadastramento e reconhecimento (L16).

Houve reuniões para discutir processo de trabalho e também para mostrar para a comunidade qual era a nossa produção: quantos os hipertensos, diabéticos, casas visitadas, consultas e grupos. Como se fosse uma prestação de contas (L12).

Todas as ações, tudo o que a gente pensava em fazer era muito discutido (L13).

Cada equipe do SC era responsável por "quatro microáreas e uma média de trezentas famílias por ACS na área urbana (L12); e na área rural o ACS trabalhava com "100 a 150 famílias" (L17).

Havia uma flexibilidade no planejamento e execução do processo de trabalho do SC, e essa era a riqueza da estratégia segundo o depoimento do componente da equipe local:

O processo de trabalho da equipe era flexível. Às vezes, funcionava com agenda fechada e percebíamos que não estava dando certo. Às vezes, abria a agenda e colocava alguém na porta da unidade para fazer um pseudo-atendimento, uma triagem. A riqueza da experiência foi ter flexibilidade para fazer diversas tentativas, ter sempre autonomia para poder inovar, para fazer e ver o que estava dando certo e o que não estava. Não existia receita de bolo (L12).

A organização do trabalho nas unidades do SC não seguiu uma padronização, pois adequava-se aos problemas, às necessidades e às demandas identificadas segundo a compreensão das equipes sobre o que se pretendia com o novo modelo de atenção e as novas relações a serem estabelecidos com a comunidade, conteúdos abordados no treinamento introdutório. Os depoimentos revelam diversas formas de trabalho utilizadas, dada a flexibilidade permitida para adequar cada experiência à realidade local:

Todas as ações, tudo o que a gente pensava em fazer era discutido muito: o que fazer, que dia fazer, quem fica, quem não fica, quem vai para a rua, as visitas do médico, da enfermeira, do auxiliar. Não dava certo, a gente fazia outro planejamento. A gente ia pensando como agir (L13).

No começo, não existia programação de trabalho, em termos de planejamento do funcionamento das unidades. Tinha unidade que abria e a agenda estava cheia. E unidades que começaram a fazer experiências do seu jeito com o programa. Experimentavam o melhor fluxo de atendimento (L18).

Foi muito discutido como entrar nas casas das pessoas, como fazer a visita, de trabalhar muito mais a conquista, porque os ACS, alguns AE eram da área, o médico e a enfermeira eram desconhecidos. Onde a perspectiva da população era muito mais um hospital do que mesmo um atendimento em casa, atenção básica (L14).

Reunia enfermeiro e AE e então vamos atender as crianças na segunda, quarta e sexta-feira. Nos outros dias, hipertensos, diabéticos e palestras e grupos. Quando começamos a organizar a demanda, o fluxo foi caminhado. No final do programa, já se sabia como fazer. Acho que isso faz parte da construção do modelo. Penso que agora o PSF corre o risco de chegar com um pacote pronto, o que não é bom (L18).

A flexibilidade identificada pelos profissionais pode ser caracterizada como a adoção, nas práticas organizativas do SC, de tecnologias leve-duras propostas por Merhy (1999 e 2006) e discutidas na reflexão teórica sobre o trabalho em saúde feita por Ferri et al. (2007). Estudos que revelaram a importância da participação de todos os profissionais no processo de gestão dos serviços de saúde.

Uma potencialidade do SC indicada pelos profissionais foi a união e solidariedade entre as equipes

Era muito interessante essa solidariedade entre as equipes, a união, a vontade de fazer acontecer, o entrosamento. E todo o suporte que a Coordenação dava para a gente desenvolver o trabalho (L13).

Tínhamos uma aproximação muito grande entre as equipes do SC, quando ficamos sem médico encaminhávamos para a outra equipe do SC e eles atendiam. Então, a população não sofria (L14).

O vínculo, considerado tecnologia leve por Merhy (1999), foi uma característica marcante das práticas do SC, conforme referiram os profissionais:

A equipe está lá durante todo o dia, o profissional é o mesmo, a população é chamada pelo nome e ela conhece os profissionais pelo nome, você estabelece vínculos e segurança (C11).

O SC traz como força efetiva, viva, a questão do vínculo, criando uma relação de cumplicidade no bom sentido, sob a perspectiva da proteção, da segurança bilateral, tanto da equipe quanto do conjunto dessas famílias (C11).

Criar um elo entre a equipe de saúde e a população, a ideia de atenção em saúde próxima à sua casa (R13).

Segundo Takemoto e Silva (2007), o vínculo é mais do que um novo "*procedimento*" na atenção básica, é uma transformação do processo de trabalho e depende não só da postura dos profissionais, como também do processo de gestão dos serviços no sentido de organizar sua produção sobre novas bases e do fomento

do processo de educação continuada dos profissionais. O SC possuiu as três características apontadas pelas autoras.

Segundo os depoimentos dos profissionais, o SC era um estímulo ao desenvolvimento da co-responsabilidade entre a equipe e a comunidade nas ações de prevenção e promoção da saúde:

No modelo do SC, a equipe tem responsabilidade sanitária com a comunidade e de estimular na comunidade a aquisição da co-responsabilidade com a sua saúde (C11).

A comunidade começa a se preocupar também com as ações de promoção da saúde e prevenção, cuidar do corpo, se preocupam com a quantidade de sal na comida, com os alimentos, escolhem melhor a sua alimentação, fazem atividade física, buscam o lazer como uma forma de saúde (R12).

A prática de saúde do SC incluía ações que visavam o resgate da cidadania e da auto-estima como uma ação para além da clínica e da doença, conforme os depoimentos a seguir:

Fomos competentes até na mobilização da comunidade porque ela só conhecia o que era o assistencialismo, e mudamos isso. Mostramos o que era a co-responsabilidade e ela compreendeu (L12).

Fizemos um trabalho muito interessante voltado para os idosos, de resgate à questão do cidadão, daqueles candangos que vieram construir Brasília. Houve a participação de órgãos comunitários, enfim, várias coisas que transcendem questão da doença, da clínica(L15).

No nosso grupo de hipertensos fomos tendo aceitação gradualmente. Tínhamos uma área em que as pessoas realizavam caminhadas diárias no final da tarde. Chamou muita atenção porque a grande maioria era mulheres. Conseguimos perceber aos poucos as características daquelas famílias: mães muito oprimidas, crianças muito cerceadas. Aquela opressão tinha tudo a ver, em termos de somatizar essas questões todas relacionadas à hipertensão. Com o tempo, começamos a ter alguns resultados com relação a isso (L16).

Tivemos dois casos de maridos que tiraram suas esposas do programa de hipertensos porque elas estavam muito bem. O programa era focado no estímulo e resgate da auto-estima desse pessoal e as mulheres estavam ficando bem. Os maridos chegavam dizendo: “estão mexendo aqui com a minha estrutura familiar”. Nós ficávamos pensando como trazer esse esses maridos para participarem de alguma atividade e eles chegaram dessa forma. Sabíamos que duas atividades eram sagradas para eles no final de semana: jogar bola e tomar cachaça. Não podíamos planejar nada nesses dias porque eles não viriam (L16).

Numa família, uma pessoa que era alcoolista e desempregada, com o nosso trabalho ele conseguiu um emprego de estofador e, no decorrer do acompanhamento, deixou a bebida. Conseguimos que a escola pública ficasse aberta para oferecer um curso de alfabetização dos adultos. E uma

integração com a Secretaria de Educação para abrir mais vagas nas escolas, para que as crianças não ficassem fora da escola (L14).

Verifica-se que a prática de saúde desenvolvida pelas equipes do SC privilegiou o empoderamento das famílias e da população na luta para que o Estado cumprisse o seu dever de oferecer serviços de saúde e outros serviços sociais de qualidade (GOHN, 2004; SANTOS; EIDIT, 2004; CREVELIM; PEDUZZI, 2005). E também estimular a autonomia e o desenvolvimento de habilidades pessoais para que os cidadãos pudessem decidir sobre seus projetos de vida e de saúde, revelando congruência com os princípios do modelo de promoção da saúde e vigilância à saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002b; TEIXEIRA, 2002a; 2003; BUSS, 2003; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

As práticas do SC foram desenvolvidas de forma integral, com conteúdos, meios e instrumentos da prevenção, promoção e recuperação da saúde da população (JUNQUEIRA, 2001), e o objeto de trabalho foi reconhecido na sua totalidade histórica e social (AYRES, 2006, 2004b).

As ações programáticas foram incluídas na prática do SC conforme depoimento a seguir:

O programa de controle da hipertensão funcionava tanto no SC quanto no Centro de Saúde. O hipertenso estável ficava com o atendimento do SC e o instável ou que apresentasse outro problema era atendido no Centro de Saúde. As crianças faziam o CD no SC com as ações básicas, mas, se apresentasse muitos problemas, ou uma evolução difícil, ou uma desnutrição, eram passadas para o Centro de Saúde. O programa de hanseníase e tuberculose continuou funcionando só no Centro de Saúde (R13).

Os programas de atenção à saúde da mulher, da criança e do adulto (controle de hipertensão e diabetes) foram implantados em todas as unidades. Os profissionais do SC atendiam o nível básico e mandavam para o Centro de Saúde o que eles não podiam resolver, encaminhavam para o HRAN. Nosso grande mote era fazer isso junto com promoção da saúde. O trabalho todo era voltado para o cuidado, atender e acompanhar esse usuário (R13).

As ações programáticas produzem uma prática baseada no conhecimento epidemiológico, são organizadas em atividades para atender a demanda organizada e eventualmente a demanda espontânea, tendo como eixo os ciclos de vida ou as doenças especiais e de importância sanitária. Nesse modelo de prática, as ações são internamente hierarquizadas, há padronização no fluxograma de atendimento e de condutas terapêuticas, o processo de trabalho é organizado para se atingir objetivos gerais assentados em características coletivas e se inserem no sistema de

saúde hierarquizado e regionalizado (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA; 2006; SCHAIBER et al., 2000).

A prática do ACS foi descrita como de vigilância constante da comunidade – trazer o conhecimento da realidade local e integrar a saúde pública com as questões de cidadania –, portanto foi um facilitador para a entrada da equipe do SC na comunidade:

O ACS do SC cumpriu um papel social da integração, da discussão, do direito do cidadão, das questões de saúde pública, das questões da alimentação; ele não é tão técnico. E o papel mais curativo, da atenção à pessoa, ficava com o Auxiliar de Enfermagem que tinha nas unidades de SC (R14).

O ACS foi quem abriu todas as fronteiras. Foi fundamental nas visitas, pois fazia com que nos sentíssemos em casa. O fato de ele ser daquele lugar abria as portas com facilidade (L16).

ACS eram fundamentais para a integração da equipe com a comunidade porque tinham uma abertura na própria comunidade e na equipe. Tinham um processo de leitura da parte social. Porque são da comunidade e faziam a monitoração, viam como o processo estava se desenvolvendo (L15).

Outro aspecto da prática do ACS enfatizado pelos entrevistados foi o conhecimento dos hábitos culturais de saúde da população, uma vez que ele era membro da comunidade local. Esse fato preocupava a equipe, pois ela deveria rever seus próprios conceitos para atuar tecnicamente como educador:

Para a comunidade, o SC vem com pessoas externas para mexer na cultura deles. A cultura dentro da comunidade era também a cultura dos ACS, fazia parte dele. Como trabalhar isso? Tínhamos que trabalhar primeiro o ACS e os hábitos da comunidade dele, explicando o que acontecia em relação à saúde, para que ele e a equipe pudessem trabalhar da mesma forma. Era trabalhar de dentro para fora (L16).

O fato de o ACS ser da própria comunidade e trazer os hábitos culturais dessa comunidade para dentro da unidade foi importantíssimo. Falar de hipertensão e da alimentação sem conhecer a cultura, a culinária da comunidade é uma dificuldade para se ter resultados positivos (L15).

Além das ações de prevenção da doença, promoção da saúde e cuidados básicos às doenças, a equipe do SC também era solicitada em situações de emergência para dar os primeiros cuidados, conforme depoimento de um componente da equipe local:

Uma pessoa chegou dizendo que a criança estava afogada e a gente teve que ir lá, teve que dar os primeiros socorros (L14).

A implantação da equipe de saúde bucal no SC surpreendeu a população e a equipe do SC que estava trabalhando, conforme comentários dos entrevistados:

A princípio, o SC foi concebido sem a odontologia. As próprias demandas pressionaram para que o dentista chegasse. A odontologia nunca foi inserida em programa de saúde pública. Fizemos parte desse primeiro grupo, dos sete dentistas que atuaram em Santa Maria, a primeira cidade que ouviu falar na inserção da odontologia. Foi bastante gratificante, para nós, e para a população-alvo, que não esperava a presença da odontologia (L16).

A nossa chegada foi uma surpresa muito grande, para o pessoal da equipe e para a população. A equipe de Saúde Bucal era composta por três profissionais: cirurgião dentista, o THD e um ACO. Era uma surpresa muito grande (L15).

O dentista percebeu a inserção da equipe de saúde bucal no SC como um recurso para ser somado ao atendimento de saúde daquela população. Essa composição de equipes para a atenção à saúde das famílias foi realizada de forma integrada, visando à execução de um trabalho multidisciplinar:

A gente teve muito cuidado. Chegamos pisando em ovos, porque a população dizia: a equipe de saúde bucal. Não queríamos que fosse dessa forma. Não existem equipes de saúde bucal, existem os profissionais de saúde. Era uma soma aos que já estavam lá, para poder desenvolver o trabalho. Não era um trabalho em separado. O que tinha que ser pensado e concebido era que existisse uma equipe multidisciplinar fazendo um trabalho junto naquela unidade (L16).

Identifica-se uma prática articulada com os demais profissionais envolvendo um projeto comum que foi discutido com a equipe, caracterizando uma equipe integrada que realizava um trabalho em equipe multidisciplinar, conforme classificação de Pedruzzi (2001).

A prática da equipe de saúde bucal era desenvolvida majoritariamente fora da unidade, pois os consultórios demoraram algum tempo para serem instalados e a equipe tinha a consciência de que o seu trabalho seria integrado ao da equipe do SC, que as ações de prevenção e promoção da saúde eram prioritárias, e sua atuação junto à comunidade era muito importante:

Procuramos nos inserir em todas as políticas que eram trabalhadas. No grupo de diabéticos, hipertensos, obesos, adolescentes. Estávamos inseridos neles, sempre tentando passar as questões relacionadas à promoção de saúde e voltadas para a odontologia (L16).

Atuamos no cadastramento e palestras. Não chegamos a fazer atendimento, porque ainda não havia os consultórios odontológicos montados (L15).

Tivemos palestras bastante concorridas, sobre higiene bucal, escovação, foi muito bom o trabalho com os odontólogos. Eles atendiam nos finais de semana também (L18).

Era uma população sem nenhum acesso aos serviços odontológicos, conseqüentemente havia uma grande demanda reprimida para ações curativas:

A princípio, pensamos em desenvolver um atendimento sem deixar nenhuma microárea de fora, buscando esse foco de necessidade. Acontece que em função de uma demanda reprimida muito grande, pelo fato da odontologia nunca estar presente, as emergências, praticamente, tomaram todo o nosso tempo. Isso fez com que repensássemos tudo. Era natural que fosse assim pela demanda acumuladas durante muito tempo. Mas tentamos, dentro do possível, atender as duas coisas, não só as emergências (L16).

Durante a execução da prática da saúde bucal, também houve a necessidade de se desmistificar a percepção da população sobre a existência de uma prática restrita ao tratamento de doenças, conforme depoimento de um dos componentes da equipe local:

No início, tivemos que desmistificar aquela coisa de que o atendimento odontológico seria só clínico, um tratamento odontológico. Dentro desse programa, nós trabalhamos muito com a parte de educação da população, dando palestras ao grupo de hipertensos. Procuramos inserir dentro da comunidade a atividade preventiva e a de promoção da saúde. Mas isso a gente teve que combater mesmo, porque as pessoas achavam que a equipe iria fazer só a restauração, a extração, mas na verdade isso era uma parte do nosso trabalho (L15).

A prática da saúde bucal incluiu a realização de dois mutirões nos finais de semana para diminuir a demanda reprimida com a participação de equipes de outras localidades:

Para diminuir as urgências odontológicas, chegamos a fazer dois mutirões, em dois finais de semana (sábado e domingo), para ver se enxugávamos tudo aquilo, porque realmente era muita coisa. Pegamos gente de todas as unidades, de todas as regionais. Foi um mutirão no verdadeiro sentido da palavra, com serviço de todas as equipes. Essa prática educativa, nós inserimos também nas escolas e, inclusive, nas igrejas. Tínhamos uma boa relação com essas pessoas, seja da igreja católica, seja da evangélica. Tivemos contato com eles, sobretudo em palestras educativas. Uma coisa muito interessante (L16).

A prática da saúde bucal também privilegiou as ações educativas nas escolas e igrejas para atender as necessidades de saúde da população. Como objeto de trabalho, foi ampliado, para além das ações odontológicas individuais tradicionalmente direcionadas às crianças e mulheres no consultório:

Sempre, as políticas para a odontologia eram para criança e para gestante. A gente tentou mudar um pouco esse foco. Vamos trabalhar em cima das necessidades, o enfoque de risco realmente. Esse levantamento epidemiológico foi para sentirmos o impacto das necessidades da população. E foi muito interessante (L16).

Quando nós chegávamos à casa, as pessoas ficavam emocionadas – Um dentista aqui dentro de casa! – Chegavam a pedir identificação, para ver se realmente era (L15).

Um dos componentes da equipe central avaliou positivamente o trabalho da equipe de saúde bucal, como um privilégio devido à sua competência técnica:

A equipe de saúde bucal foi um privilégio porque a maioria tinha Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Uma equipe de alto nível, e começava a produzir trabalhos científicos. O MS criou o Brasil Sorridente a partir da nossa experiência da saúde bucal, tínhamos os laboratórios de próteses dentárias, o PHD e o ACD. Deu para somar pontos na posição do SUS, mais um tijolinho (C11).

O atendimento domiciliar realizado pelo SC facilitava a manutenção dos cuidados das pessoas em casa, diminuía a busca pelo atendimento hospitalar e solucionava problemas que até então não eram reconhecidos pelos serviços de saúde e não recebiam intervenção mais efetiva:

Aquele senhor tinha acabado de ter um AVC e a esposa uma, senhora também de idade, era quem cuidava dele. Outra família precisava de um atendimento, porque a pessoa era obesa, diabética, com distúrbio mental, tinha que ser atendida uma vez por mês no hospital de base. Fazíamos a visita e o atendimento na casa, se não tivesse o SC ela não teria essa facilidade (L14).

Quando se vê a condição em que o paciente está vivendo, se percebem outros fatores que estão interferindo. Vai à casa dar dicas sobre o ambiente da casa, dicas de como conseguir alimentos melhores ou incorporar outros. Você está junto com ele, participando da construção do conhecimento (L17).

Uma criança que contraiu miocardite por causa do uso da mamadeira. Foi identificada pela nossa equipe, encaminhamos e se tratou (L14).

A necessidade de intervenção sobre os problemas que surgiam durante a visita domiciliar e que não eram incluídos nos programas tradicionais de saúde exigiu da equipe novos conhecimentos e novas articulações entre os profissionais e os demais setores da saúde para resolutividade e eficácia. Demonstrando as lacunas existentes na atenção básica ainda dominada pelo modelo médico biologicista (PAIM, 2006; MENDES-GONÇALVES, 1994; SCHRAIBER, 1993; GARCIA; NUNES, 1989; ALMEIDA et al. , 1997).

Os resultados do estudo realizado por Sakata et al. (2007) sobre a concepção da equipe de saúde da família acerca da visita domiciliar mostraram que são

atividades potenciais para a atenção à família, fornecendo um cuidado mais humano e acolhedor, permitindo o vínculo e os laços de confiança, além do conhecimento do usuário e de sua realidade familiar.

Para Teixeira (2003), a visita domiciliar é um instrumento de trabalho que fortalece o modelo de promoção da saúde e de vigilância à saúde desde que o conteúdo dessa prática seja direcionado para atender as necessidades e problemas das famílias e comunidade da base territorial, efetuem articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas e desenvolvam as habilidades pessoais da família direcionadas à saúde.

O acompanhamento de pacientes no domicílio revelou a necessidade de a equipe discutir a situação de morte em casa e de apoio à família e se preparar para lidar com ela:

Descobriram um senhor com um câncer gástrico, com a garganta comprometida, era terminal; a enfermeira foi fazer a visita, identificou que ele passava uma semana no Hospital de Base por causa da desnutrição e voltava para casa. A equipe do SC cuidou dele. O paciente achava que ia ficar bom, porque começou a caminhar. Quatro meses depois, ele morreu e recebemos uma carta linda da família. Quem chorou mais foi a equipe, a médica inclusive teve uma depressão, era uma médica jovem que não tinha visto uma coisa dessas (C12).

Quando cheguei à casa, estava um desespero porque a equipe tinha pedido uma ambulância para remover o paciente para o Hospital, mas ele acabou morrendo em casa. Percebi que a equipe estava muito fragilizada, tinha se precipitado. Foi o medo que eles passaram de acompanhar um óbito no domicílio. Tivemos que conversar muito e eu disse: a família estava preparada e vocês não (C12).

Durante a execução das práticas de educação à saúde, a equipe percebia a resistência das famílias quanto à adoção de medidas de prevenção, promoção da saúde e mudança de hábitos e, por outro lado, a dificuldade que os profissionais tinham no enfrentamento dessas questões:

Percebi que o grau de compreensão do tipo de cuidados que eram necessários não seria alcançado pela família. Dava muito trabalho. Havia pessoas que tinham uma aparência boa, tinham uma conversa "aprumada", mas um desconhecimento, uma ignorância muito grande. Não tinham as noções básicas e rudimentares de higiene e, apesar de se comportarem de uma maneira bastante natural, não se importavam. Mas com o tempo, com a presença dentro de casa e, principalmente, ganhando as confianças, começamos a ter um tipo de abertura. Comentários que não faziam de início, na nossa presença, começavam a fazer (L18).

Tive um paciente que era um diabético infanto-juvenil. Ele sobrevivia a despeito dos pais, porque eles diziam que era "frescura" e achavam que ele deveria trabalhar numa situação de altíssimo risco. Eu, monitorizando essa glicemia dele, arrumando insulina. Uma dificuldade muito grande para

transmitir alguma coisa diante da barreira cultural. Uma dificuldade de compreender mesmo, não era resistência. Era um mundo novo e desconhecido para eles. Uma luta pela sobrevivência muito grande. Eles chegaram até aqui dentro do ritmo deles. E nós querendo que eles mudassem (L18).

As orientações só funcionavam quando éramos autoritários, do contrário eles não seguiam aquilo que falávamos (L17).

Uma contribuição às práticas de saúde do PSF foi o estudo realizado por Zobolli e Fortes (2004) sobre a percepção do enfermeiro e do médico acerca dos problemas éticos vivenciados na atenção à saúde das famílias. Essa pesquisa revelou que os problemas eram de três natureza: i) as relações com usuários e famílias; ii) as relações entre a equipe e problemas nas relações com a organização; e iii) o sistema de saúde. Os problemas éticos relacionados com o usuário estavam ligados ao projeto terapêutico, informação, relação propriamente dita e privacidade e confidencialidade. Esses autores alertaram os profissionais de saúde do PSF sobre a ética na prática da educação à saúde e visita domiciliar, visando evitar a atitude coercitiva da equipe durante o processo educativo, respeitar a opinião e decisão da família após esclarecer todas as implicações decorrentes da escolha de diferentes alternativas oferecidas. Alertam que merece cuidadosa reflexão da parte dos profissionais para não se retornar aos antigos modelos da "polícia da vacina", ocorrida nos primórdios da saúde pública do Brasil.

A equipe do SC e a unidade receberam proteção dos moradores que conheciam as situações de risco e violência existente na comunidade, inclusive dos próprios contraventores da ordem social:

Um desses alcoólatras uma vez ameaçou a nossa médica, porque ela não pôde fazer a visita no dia em que ele queria, e quando ela foi ele não estava. Ele foi à unidade com mais dois ou três colegas para tentar pichar a unidade. Coincidentemente, uma semana antes, um traficante que sofreu ferimento de arma de fogo foi atendido pela equipe e ficou muito satisfeito. Quando ele soube que esse pessoal estava ameaçando, foi lá falar comigo: "doutor, o senhor fique tranqüilo, porque eu vou te dar toda a cobertura. Ninguém mexe aqui na casa". E ele fez as pessoas ouvirem essa história e ninguém mexeu na unidade (L16).

Havia diferenças entre a prática do SC e dos Centros de Saúde que também eram percebidas pela população, dentre elas o acolhimento:

As pessoas começaram a perceber que havia diferença entre o nosso acolhimento e o acolhimento do Centro de Saúde e do atendimento hospitalar (L14)

Para Takemoto e Silva (2007), o acolhimento "não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial", um reconhecimento de toda necessidade de saúde do usuário e do modo como serão atendidas e/ou solucionadas. Também pode ser concebido como uma das etapas do processo de trabalho ou, ainda, como o modo de se relacionar com o usuário.

As facilidades e potencialidades do SC apresentadas pelos profissionais foram: recursos materiais e equipamentos em quantidade adequada:

Tínhamos medicamentos essenciais (R14).

A gente tinha os equipamentos. Nunca faltou nada, nem insumos, nem material permanente (L15).

A utilização do planejamento participativo com a inclusão da comunidade para destacar suas necessidades também foi considerada uma potencialidade no SC:

O mais impactante foi a discussão com a comunidade. Dizer que a comunidade era importante. A própria comunidade discutir os seus problemas de saúde (C13).

O planejamento foi positivo porque não foi um plano de gabinete. Chamar a comunidade, Conselhos, Associações de Bairro, donas de casa, para fazer o plano foi uma inovação muito grande e positiva (C13).

Fizemos muito em pouquíssimo tempo. Um semestre em 1997 e um ano em 1998. É pouquíssimo tempo pelo tanto que lutamos. Lutando que a gente fez. Apanhamos muito no início (L13).

As limitações que interferiram nas práticas do SC apontadas pelos profissionais foram relacionadas ao fato de implantar práticas inovadoras, como o trabalho em equipe e as ações educativas de prevenção e promoção, com uma equipe de profissionais habituados ao atendimento individualizado e curativo:

Profissionais que não tinham a prática do trabalho em equipe, faziam o atendimento individualizado em função do curativo. Pouco se preocupavam com a prevenção, as relações dentro da unidade de saúde e com a comunidade no trabalho de promoção e prevenção, conforme o PSF (C11).

O nó crítico mesmo é essa cultura hegemônica do modelo hospitalocêntrico. As pessoas se apropriam dessa cultura que propõe um modelo centrado no médico para o Brasil, mas precisamos mudar (C12).

O perfil dos profissionais foi a maior dificuldade para a implantação e o desenvolvimento de novas práticas de saúde na atenção básica à família:

Não é todo mundo que tem perfil para atuar numa atividade com a comunidade, onde se trabalha o cidadão, a integralidade das ações. Às vezes, era necessário remanejar pessoas (R11).

O sistema formador é voltado para o modelo tradicional, centrado no hospital, na medicalização, em que o médico é a figura central, no medicamento, em um trabalho que não é em equipe, sem vínculo com a comunidade. A formação precisa ser mudada, porque ainda é feita sob a lógica do mercado (C11).

Culturalmente fica centrado só na produção do médico, porque não se tem contado com os enfermeiros para mudar o modelo, porque o enfermeiro quer discutir, mas ele tem que fazer o mesmo modelo. É diferente com os fisioterapeutas, a questão do Ato Médico mostrou isso (C12).

Os profissionais são os mesmos que trabalhavam no modelo hospitalocêntrico, de cura e medicina mercantilista. Como é possível desejar que eles tenham um olhar diferente se não tiveram uma formação diferente? (C13).

O modelo formador ainda prioriza a especialidade e a formação para o mercado privado; não tínhamos o profissional adequado (C11).

Porque é muito difícil mudar a formação do enfermeiro, do médico, sem negar a necessidade do acesso racional à tecnologia, ao medicamento (C12).

O perfil inadequado dos profissionais foi como um indicador das pesquisas sobre o desenvolvimento da estratégia, sobretudo nos primeiros anos de sua implantação (ROZA; RODRIGUES, 2003; ALMEIDA; MISHIMA, 2001; BRASIL, 2002b, 2004; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; FEUERWERKER, 2005). Contudo, o MS utilizou estratégias para que esse problema fosse solucionado: criando pólos de capacitação, fomentando cursos de especialização, treinamentos, pesquisas, eventos científicos e publicações sobre a estratégia de saúde da família.

4.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DF (1999-2003)

4.2.1. GESTÃO POLÍTICA DO PSF/DF

O Programa Saúde da Família (PSF/DF) teve um início conturbado em decorrência da extinção do SC, com demissão dos funcionários e cancelamento dos contratos de aluguel das casas onde as equipes estavam funcionando após as eleições de 1998. A nova equipe de Governo do DF era de posição política partidária

contrária ao Governo anterior. Além disso, o gestor da saúde havia implantado a atenção primária nos anos 1980 com o modelo de Centros e Postos de Saúde (Urbanos e Rurais) regionalizados e hierarquizados (GDF/SES 1980a e b).

A descontinuidade e o rompimento brusco da execução da atenção à saúde das famílias foram as características que marcaram o início desse período, chocando-se frontalmente com uma das principais diretrizes da estratégia, que é a constituição de vínculo entre equipe PSF e população, enfatizada na proposta elaborada pelo MS (BRASIL,1998) e destacada nos estudos de Elias et al. (2006), Goulart (2004); Gomes e Pinheiro (2005).

Nesse período, foram elaborados dois Planos de Saúde, o primeiro para o ano de 2000 (GDF/SES, 1999a) e o segundo para o período de 2001 a 2003 (GDF, 2001). A proposta para o PSF/DF foi inscrita nos Planos de Saúde do DF como um item a mais, sem especificar estratégias e/ou perspectivas para a mudança no modelo de atenção do DF. Era um projeto bastante sintético, seguindo as orientações do MS (GDF/SES, 1999a).

O Plano de Saúde 2000 não insere as unidades do PSF/DF na capacidade instalada da SES/DF e nem na descrição das unidades de saúde existentes nas Regionais Administrativas do DF. As equipes do PSF/DF são citadas em um parágrafo do texto sobre os serviços próprios da SES/DF (GDF, 1999a) como um componente a mais: "contamos com mais 129 equipes do PSF/DF implantadas até dezembro de 1999, que desenvolvem suas ações nos Centros/Postos de Saúde ou em Unidades Móveis Volantes.". Existiam também 62 equipes de saúde bucal até a data da publicação desse documento, dando previsão de ampliar o PSF/DF para 296 equipes, e 147 equipes de saúde bucal até dezembro de 2000, (GDF/SES, 1999a).

Em agosto de 2000, teve início a ampla reforma administrativa da SES/DF com o apoio técnico da Fundação Getúlio Vargas: houve a extinção da FHDF em agosto de 2000 e do Instituto de Saúde do DF em agosto de 2001. Os cargos, patrimônio, atividades e saldos das dotações orçamentárias foram transferidos para a SES/DF, passando a compor a Subsecretaria de Vigilância à Saúde, composta por três Diretorias e o mais o Laboratório Central de Saúde Pública do DF (LACEN) criado em novembro de 2000. Entretanto, essas modificações não repercutiram no PSF, devido a sua implantação paralela à rede assistencial do DF.

O segundo no Plano de Saúde para o período de 2001-2003 (GDF, 2001) continha a afirmativa de reorientar o modelo de atenção a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Entre as 11 prioridades estabelecidas nesse plano (GDF, 2001), constavam:

implementação do PSF para prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade, de boa qualidade, adequada às necessidades de saúde da população e o, reordenamento do modelo assistencial, com a análise e diagnóstico do sistema de saúde local e proposições para um reordenamento das ações e serviços, redimensionando-o de forma a contemplar as necessidades do público, visando a inserção do processo de implantação da NOAS.

O plano expressou a preocupação da SES/DF em seguir as diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) no que concerne à ampliação da atenção básica e qualificar o DF para a modalidade de Gestão Plena do Sistema de Saúde (BRASIL, 2001). Observa-se que existia a intenção de que o PSF/DF prestasse serviços de saúde integral, resolutiva e contínua, na unidade e no domicílio, e adequada às necessidades de saúde da população, demonstrando que havia convergência entre os objetivos do plano e do MS para a estratégia (BRASIL, 1994, 1998). Não foram identificados elementos nos planos de saúde desse período que pudessem provocar mudanças significativas no modo de produção de saúde no sistema público do DF.

Ao contrário do período anterior, não houve a construção de um projeto personalizado e inovador para a atenção à saúde da família no DF, seguiu-se a diretriz do MS (1994, 1998):

Utilizávamos aquele manual do MS para o PSF/DF, fazíamos algumas adaptações na questão de atribuições de acordo com o DF e para as normas de imunização. Não criamos outro material, a gente se baseava naquela proposta, inclusive aquele manual é muito bom porque orienta a montar a equipe e tem até a quantidade de material (C21).

A elaboração do projeto do PSF/DF coube a um grupo de quatro profissionais ligados tecnicamente ao MS prestando consultoria à SES:

Com o apoio do MS, foi feito um convênio e os quatro técnicos passaram algum tempo no MS para conhecer todo o programa e dando uma consultoria para a SES/DF, mas estávamos ligados à Coordenação do PSF do MS (C21).

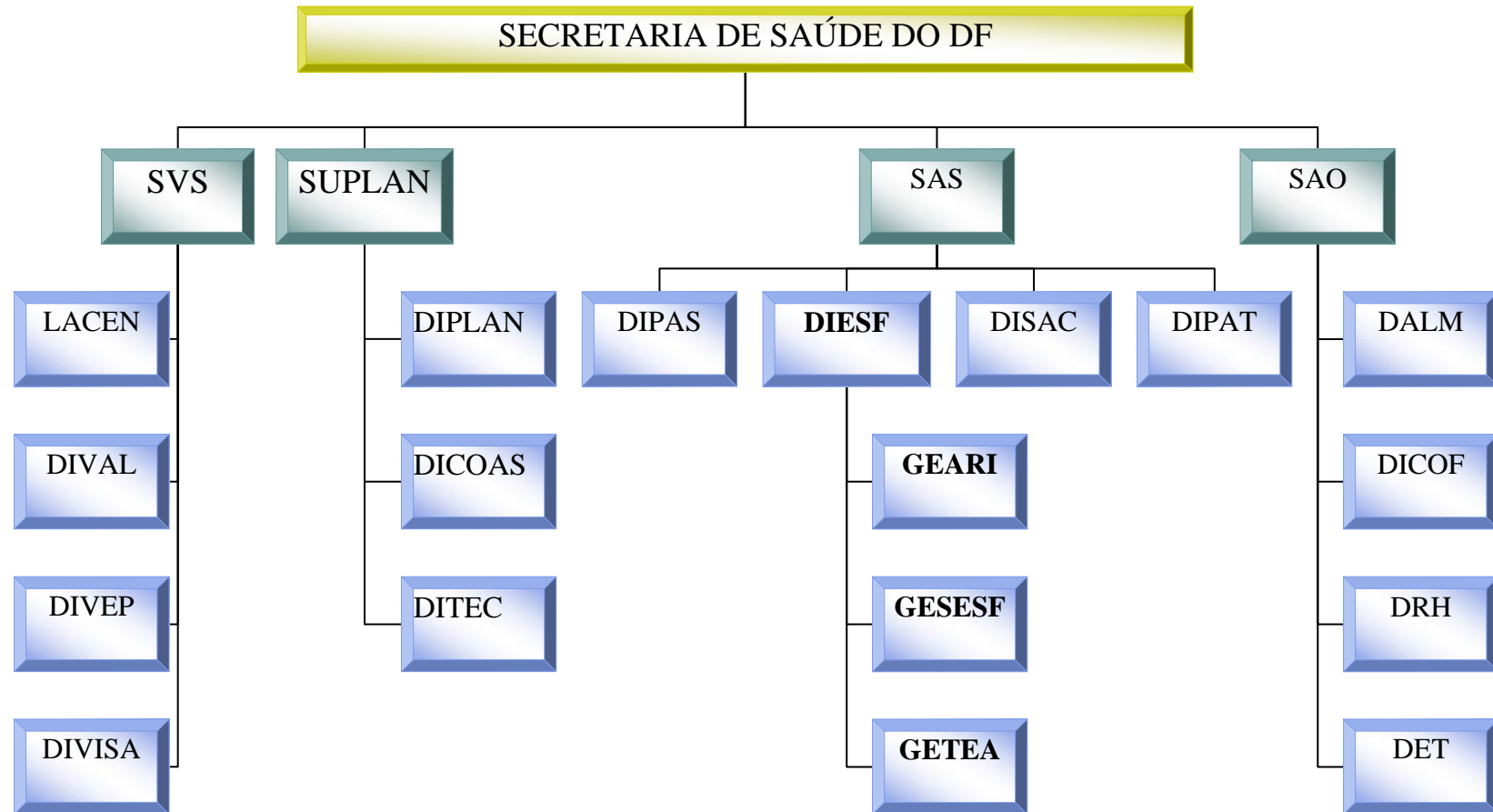
Além disso, constatou-se que a elaboração do projeto PSF/DF foi feita em gabinete ministerial, fora da estrutura da SES/DF, caracterizando sua forte desvinculação da proposta de saúde para o DF, sua adoção como um programa

anexo, sem discussão dentro da SES/DF e como um requisito para cumprir a NOAS, com vistas a garantir a condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde e acrescentar incentivo financeiro ao orçamento da SES/DF. A partir dessa origem, pode-se compreender que, desde sua origem, o Programa recebeu pouco destaque como estratégia de mudança do modelo de atenção dentro da política de saúde local e apresentou-se como um programa circunstancial dentro do plano de saúde. Sua coordenação ficava no MS, e somente após a reforma administrativa ocorrida em 2000 foi inserido na estrutura da SES/DF, na DIESF:

Inicialmente tínhamos somente a Coordenação Geral do PSF/DF, ligada tecnicamente ao MS e administrativamente ao Secretário de Saúde do DF. Depois o grupo saiu do MS e foi para a Subsecretaria de Atenção à Saúde, quando foi criada a DIESF, com o Diretor do PSF/DF e três Gerências: Gerência de Programas e Normas do PSF (com um odontólogo, duas enfermeiras e um médico), Gerência Técnico-administrativa e uma Gerência de Supervisão (C21).

Verifica-se que a reforma administrativa da SES/DF alterou a posição do PSF/DF no seu organograma, extinguiu a Subsecretaria de Projetos Especiais, que era a instância de coordenação do SC, e criou a Diretoria de Estratégia de Saúde da Família (DIESF), subordinada à Subsecretaria de Atenção Básica (SAS), caracterizando o rebaixamento na posição ocupada pelo Programa no período anterior (Figura 5).

Figura 5 – Organograma da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – 2000



Segundo os entrevistados, a DIESF não tinha autonomia sobre o Programa e nem articulação com os Centros de Saúde. Também era incipiente sua relação com as demais instâncias da SES/DF responsáveis pelas coordenações dos programas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, de vigilância epidemiológica e sanitária:

As Coordenações Regionais eram ligadas a nós da DIESF, e nós éramos ligadas a SAS que tinha toda ligação com o MS. Logo, nós não tínhamos autonomia nenhuma. (C21)

A DIESF não tinha relação com as Unidades Básicas, com os Centros de Saúde. Nós não tínhamos relação nenhuma com eles. O PSF/DF era paralelo, lutamos muito para que houvesse uma integração do Centro de Saúde com o PSF/DF. Não conseguimos integrar porque a DIESF não tinha autonomia para gerenciar e criar alguma coisa, todas as sugestões passavam pela Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e pelo Secretário de Saúde. (C22)

Confirma-se no organograma da SES/DF que houve isolamento do Programa em uma diretoria da SES/DF e conseqüentemente falta de destaque no plano de saúde. Essas características da estrutura vertical e compartimentalizada das SES foram analisadas por Campos (2003) como um fator que dificultaria a mudança do modelo de atenção, pelo fato de reproduzir o paradigma fragmentado da saúde em instâncias consideradas "departamento especializados", sem diálogo entre si e com objetivos específicos. Essa característica estrutural refletia nas funções e tarefas específicas de cada setor, deixando de criar uma responsabilidade coletiva sobre a produção da saúde como um todo.

Uma discussão recorrente no depoimento dos profissionais do DF para a análise diferenciada da complexidade da gestão da SES/DF é sua condição de capital federal; alguns entrevistados discutiram sobre essa questão:

No DF, as ações são todas centralizadas, por causa da característica da própria organização federativa, que não tem municípios nem Secretário de Saúde nas chamadas Regionais Administrativas. A SES/DF que é o núcleo central, logo as ações são todas centralizadas. Existe uma hierarquia, Coordenador Regional do PSF/DF (Chefe de Núcleo), Diretor Regional e Diretor do PSF. Os Chefes de Núcleo eram a ponte, mas, quando se tratava de documento ou de alguma coisa mais técnica, tínhamos que passar primeiro pelo Diretor Regional para ser enviado à Diretoria Central do PSF/DF. E a palavra final era sempre da Diretoria Central, visto que o modelo era centralizado (R22).

Os depoimentos sugerem que a gestão da saúde no DF é centralizada pela característica da organização federativa do país e atribuem a este fato, dificuldade para o desenvolvimento do PSF/DF, pois reduz a autonomia das regionais de saúde

e amplia o número de instâncias hierárquicas de decisão, situação semelhante à encontrada em grandes centros urbanos que implantaram o PSF (BRASIL, 2002b).

Sobre a posição do Secretário de Saúde como ator central do processo técnico e político para a implantação da estratégia PSF/DF, um dos entrevistados da equipe central afirmou que não percebeu muito envolvimento de sua parte:

O Secretário de Saúde tinha que estar muito envolvido com o PSF/DF e senti que não havia envolvimento dele com o programa. O programa existia, mas todo o investimento para o programa era difícil. As pessoas não tinham real consciência do que era o PSF/DF, do seu significado para a assistência básica e o que proporcionaria se funcionasse bem (C22).

Trata-se de uma constatação contrária aos achados de Goulart (2004) sobre a boa condução do PSF pelo gestor. Seu estudo revelou que a boa gestão do programa dependia, entre outros, do "espírito empreendedor" do gestor, de sua "sintonia com o projeto político" e da sua decisão em dar continuidade ao programa. Constata-se, no depoimento acima, a percepção do profissional sobre um gestor pouco envolvido, o que poderia ser considerado como uma característica desfavorável ao êxito do programa nesse período, aliada ao rompimento brusco ocorrido com o programa no início dessa gestão.

O objetivo do PSF/DF era implantar um modelo de vigilância à saúde mediante oferta de ações de promoção, proteção e reabilitação, para garantir os princípios do SUS de universalidade, integridade e equidade (GDF, 1999b). Pode-se afirmar que o projeto do PSF/DF, ao inscrever a vigilância à saúde como modelo a ser implantado, revelou um avanço conceitual em consonância com as análises feitas pelos autores brasileiros sobre sua capacidade de mudança no modelo assistencial (TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA; SOLLA, 2005; TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002; PAIM, 2003), porém não conseguiu operacionalizar esse modelo porque não havia convergência com a política de saúde e de governo, inexistiam propostas para as ações intersetoriais, não especificava intervenções sob a forma de operações, não articulava ações promocionais e preventivas com as curativas pela baixa integração com os demais serviços de média e alta complexidade da SES/DF e faltavam operações para trabalhar com o conceito de risco. A intenção manifestada no documento do projeto não foi acompanhada de instrumentos operacionais para viabilizá-la.

Os objetivos específicos do projeto para o PSF/DF (GDF, 1999b) evidenciaram sua característica de fazer cumprir as portarias ministeriais, atender o

indivíduo no contexto familiar e garantir um sistema de referência e contra-referência:

Buscar reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, tendo como objeto o atendimento ao indivíduo no contexto familiar;
Racionalizar recursos, desenvolvendo ações de baixo custo e maior alcance, preconizadas pelas diretrizes das Portarias no. 3.901/GM, de 30 de outubro de 1998, e no. 3.949/GM, de 25 de novembro de 1998, as quais estabelecem metas físicas e financeiras para o PACS e o PSF/DF; e,
Garantir, de forma racional, harmônica e integrada, o sistema de referência e contra-referência entre o novo modelo e todos os níveis da rede existente.

Manteve-se o objeto de trabalho centrado no indivíduo, acrescentando seu contexto familiar. Portanto, priorizou o atendimento individual em detrimento do familiar, demonstrando a compreensão do conceito de família como "família-indivíduo", segundo a classificação de Ribeiro (2004), em que a abordagem é feita sobre a família apenas como "cliente nominal", e não como objeto de trabalho da estratégia.

E não criou condições para se garantir a continuidade do atendimento à saúde nos serviços de média e alta complexidade, pela falta de discussão da proposta na SES/DF e pela falta de articulação da DIESF com as demais estruturas produtoras dos serviços mencionados.

Parece que o objetivo de maior peso para a adoção do programa foi sua função racionalizadora dos custos, com a oferta uma cesta mínima de serviços para uma população focalizada, de risco social coincidindo uma das interpretações do programa como proposta neoliberal para a saúde (MERHY, 1999, 2001; GIL, 2006; GIOVANELLA; 2003). Não chegou a ser uma estratégia e nem um "projeto estruturante" para a saúde como comentou Sousa (2001a) em sua publicação sobre o tema que evidenciou a presença dessas características em municípios brasileiros.

Os profissionais das equipes locais do PSF/DF também explicitaram que a finalidade do programa era reduzir custos:

Se você tem uma atenção básica de qualidade, pode chegar de 90% a 95% de resolutividade, meu Deus! Está quebrando o grosso da demanda a um custo baixíssimo. Apenas 05% ou 10% chegarão ao hospital, uma grande racionalização. (L22)

Desafogar o Hospital e o Centro de Saúde. Temos que prevenir e não simplesmente ficar no sistema de curativo. O ponto fundamental é a prevenção, mesmo, via educação. Deixar aquele sistema onde tudo tem que ser remédio, ir para o Hospital para o Pronto Socorro, só vai curar se tomar remédio essa é a cultura das famílias. (L21)

Além da redução dos custos, os depoimentos demonstraram que o propósito do PSF/DF era reverter o modelo de atenção por meio da prevenção para mudar a percepção da população sobre o paradigma da saúde.

O PSF/DF também teve sua inserção paralela à rede de serviços de saúde da SES/DF por meio de um novo contrato firmado com o ICS, repetindo a alternativa utilizada pelo SC, só que mediante um contrato, e não um convênio. Entretanto, verificou-se que houve transformações significativas no ICS a partir desse período. O Governador designava o presidente, bem como os componentes do Conselho Diretor do ICS e expandiu sua atuação para outros setores além da saúde, principalmente na contratação de trabalhadores para o setor público, como uma organização social sem fins lucrativos (GDF/SES, 2004), seguindo a tendência dos novos contratos de gestão entre o público e o privado (GOHN, 2004).

O projeto do PSF/DF (GDF, 1999b) apresentou um histórico da construção da rede de Centros e Postos de Saúde no DF, avaliado como um potencial para a atenção básica, e afirmou que essas unidades seriam os locais de instalação das equipes do PSF/DF “numa ação conjunta e harmoniosa”, em regiões priorizadas pelos critérios de concentração urbana e condições socioeconômicas. Percebe-se que a análise contextual-histórica da rede de serviços de saúde do DF revelou uma compreensão ingênua do significado da comunhão de espaços físicos para duas realidades diferentes, da SES/DF e do PSF com equipes/relações trabalhistas distintas. Nogueira (2003) discutiu esse tema e concluiu que há uma contradição estrutural inerente quando se colocam profissionais com diferentes vínculos e inserções contratuais para realizarem seus processos de trabalho no mesmo espaço físico. Mesma posição foi comungada por Girardi e Carvalho (2003) e Machado (2003).

Ao contrário do previsto, a existência de um sistema de saúde estruturado e uma rede básica implantada foram fatores que caracterizaram a maior resistência dos grandes centros urbanos à implantação do PSF, na comparação com outros centros que possuíam apenas esse programa como alternativa de saúde para a população desassistida, segundo a pesquisa realizada pelo BRASIL (2002b). Nesse estudo, Brasília foi avaliada como um grande centro que apresentou resistência à implantação do PSF, por possuir uma rede básica de saúde estruturada.

O projeto do PSF/DF (GDF, 1999a) esclarecia que as equipes identificariam as áreas físicas governamentais e/ou não governamentais para sediar suas

unidades no caso de não existirem instalações da SES/DF (Centros e Postos de Saúde), apresentando um critério distinto da proposta anterior, que era o aluguel de casas na comunidade.

Os profissionais confirmaram que houve a determinação do governador do DF de não se alugar casas para a implantação do programa. Seriam utilizadas as instalações dos Postos Rurais desativados e espaços cedidos em regime de comodato:

O Secretário era contra aluguel de casa, como havia sido feito no programa anterior, pela questão dos custos. Quando chegamos à SES/DF, as casas alugadas tiveram que passar por reforma para serem devolvidas aos proprietários, isso custou muito para SES/DF. Ele era favorável à construção de unidades definitivas (C21).

A justificativa do alto custo das casas alugadas poderia estar relacionada ao rompimento dos contratos com os proprietários, acarretando multas, o que certamente causou ônus financeiro à SES/DF, assim como os gastos gerados para cobrir as despesas decorrentes da demissão dos funcionários do SC. A conjugação desses gastos parece ter sido a causa da proibição do aluguel de casas pelo governador e pelo gestor da saúde.

Para diminuir a resistência ao PSF, a SES/DF criou um incentivo, chamado G7, para todos os profissionais da SES/DF que recebiam as equipes do PSF/DF nos Centros de Saúde (GDF, 1999a): "foi encaminhado Projeto de Lei à Câmara Distrital concedendo 20% de gratificação aos servidores com jornada de 40 horas semanais que atuam nos Centros de Saúde e estejam engajados no programa".

Outra forma utilizada para reduzir a resistência ao PSF/DF foi a argumentação técnica de que ambos eram serviços de atenção básica, portanto tinham o mesmo objetivo, conforme relato do profissional da equipe regional:

Tentávamos fazer com que eles entendessem que tudo era atenção básica, que embora fosse terceirizada aquela mão-de-obra do PSF, ela estava com o objetivo de prestar um atendimento de atenção básica. (R22)

O número de equipes previstas no projeto do PSF/DF (GDF, 1999b) foi reduzido e proporcionou baixa cobertura à população (20%), conforme relataram os entrevistados:

A proposta foi elaborada para implantar duzentas equipes inicialmente. Mas foi inviável e foram implantadas somente 132 equipes durante todo esse período, de 1999 até 2003. As 132 equipes do PSF davam a cobertura a 20% da população do DF, que era de 1 milhão e 800 ou 1 milhão e 600 habitantes. (C21)

Como visto, ao contrário do período anterior, a operacionalização do projeto no DF reduziu o número de equipes previstas no projeto inicial, e este não foi alterado durante o período (1999-2003). Souza (2002) verificou que, no Brasil, no período 1997-2002, houve a expansão do número de equipes PSF no Brasil de 1.623 para 15.201 e a cobertura populacional aumentou de 3,5% para 29,2%, sem especificar as características dos municípios. Entretanto, Viana et al. (2002) analisaram a situação nos grandes centros urbanos e identificaram que as equipes do PSF eram paralelas à rede básica tradicional, e a cobertura era baixa. Assim, parece que a grande expansão nacional foi decorrente da adesão dos pequenos e médios municípios.

Sobre os critérios de implantação das equipes do PSF/DF, os depoimentos dos profissionais entrevistados são contraditórios: afirmaram ser em locais onde não haveria serviços de saúde; entretanto, as equipes foram de fato implantadas, em sua maioria, nos Centros de Saúde ou local cedido à SES/DF em regime de comodato, utilizando como critério a existência de instalação física sem custo adicional para a SES/DF:

Tanto na área rural, quanto na urbana, o critério de implantação era não haver unidade de saúde no local, ser distante, de difícil acesso ao serviço de saúde. Implantavam em Associação de Moradores, no CAIC, escolas e Postos de Saúde Rurais que estavam fechados. Houve quatro construções e não houve aluguel. Em espaços públicos cedidos para o PSF e os Centros de Saúde da FHDF também abrigavam as equipes. (C21)

Era priorizada a zona rural, muito mais do que a zona urbana. Casas eram cedidas para SES/DF e algumas equipes ficavam no Centro de Saúde trabalhando junto com os funcionários da FHDF. O espaço físico era mínimo e não tinha conforto nenhum (C22).

Um componente da equipe central afirmou que a maioria das equipes instalava-se em locais "inóspitos", sem condições de trabalho, com equipe incompleta, e que o fato era exposto em relatório de supervisão feito pelo nível central, porém sem obter imediata solução para o problema:

A maioria das equipes em locais inóspitos para trabalhar, sem nenhuma condição de trabalho. Tinha equipe em que faltava auxiliar, faltava médico. A maioria das equipes não tinha médicos, funcionava somente com enfermeiros, auxiliares e ACS. Fizemos o relatório das condições de trabalho dessa equipe e entregamos a Direção da DIESF, que ficou de tomar providências, mas demorou. (C22).

Sobre o planejamento e a execução do orçamento do PSF/DF, os profissionais entrevistados esclareceram que eram pactuados com o MS, e a

SUPLAN/SES/DF fazia sua execução. A centralização dos recursos impossibilitava a regional de executá-lo e de conhecer os critérios para sua alocação:

Todos os anos, as Diretorias faziam o planejamento e mandavam para a SUPLAN, que, em reuniões com o MS, fazia o Plano Plurianual Estadual. O Secretário recebia das Diretorias seus planejamentos anuais. Foge da minha competência saber se tudo aquilo que era planejado entrava no orçamento e se era utilizado. (C22)

O orçamento é estabelecido mediante uma parceria do estado com o MS. O MS dava incentivo para a implantação das equipes desde que o estado assumisse a contrapartida. Para cada coisa, tinha um incentivo financeiro do MS e a contrapartida da SES/DF. Tudo com rubrica específica que não poderia ser mudada. Já vinha pré-estabelecida (C21).

A participação dos Conselhos de Saúde no PSF/DF foi inexpressiva nesse período, conforme os relatos dos entrevistados:

Os Conselhos de Saúde participavam só quando eram convidados para uma reunião. Não eram todos os segmentos que estavam sempre presentes nas reuniões. Tinham aqueles que eram mais interessados e os menos interessados, que achavam que não adiantava estar em reunião, que não resolvia. (C21)

O depoimento a seguir refletiu a percepção do profissional sobre a questão política no PSF/DF como poder instituído e direcionado à manutenção do *status quo* e ao assistencialismo porque não legitima os direitos à saúde e à cidadania da população, desconsiderando a legislação federal.

Nem todos os gestores querem o PSF porque, além de ele trabalhar a questão da saúde, trata da cidadania. E não sei até que ponto alguns gestores querem que nossos cidadãos sejam cidadãos. Quando o paciente fala: "Doutor, obrigado por ter me atendido", para muita gente está tudo bem, mas sabemos que ele não tem que agradecer nada, é um direito que ele tem. Uma consulta de especialidade, o paciente agradece e falta ajoelhar, mas ele precisa entender que aquilo é um direito, e isso o PSF faz, mostra que é direito, que não é favor nenhum. (R21)

Percebe-se a compreensão do entrevistado de que a proposta nacional do PSF "trata da cidadania", pois induz a utilização universal e integral do sistema de saúde, como um direito de cidadania, entretanto nem todos os gestores pautam seu processo de gestão nesse prisma. Pelo contrário, mantêm o assistencialismo utilizando a concessão de uso dos serviços de saúde de média e alta complexidade apenas para poucos indivíduos como moeda de troca para campanha eleitoral, e não como usuários do SUS, portanto cidadãos.

Alguns profissionais perceberam as questões políticas que interferem no programa como relacionadas à política de governo e partidária:

Tem a coisa política: mudança de Governo muda Secretário, muda toda estrutura do PSF. (R21)

Vai desde o que o político atual está pretendendo, qual o seu partido, se é o mesmo de quem está mandando, de onde vem a verba, quem libera a verba. Se ele é favorável ao projeto, tudo sai mais fácil. Qual é a relação dele com o controle social. Se o político está usando a estratégia do PSF para organizar a atenção básica na sua região só por um motivo de promoção ou se é séria, se é uma coisa que ele dá um grau de importância ou não. É muito complexo. A questão do recurso humano no PSF é uma questão muito política, há muita precarização, contratos que, muitas vezes, são desrespeitados sob o ponto de vista de leis trabalhistas. A terceirização fica sob influência política. (R22)

Outro profissional revelou sua desilusão profissional pelo fato de ter se preparado tecnicamente para atuar e não conseguir, porque o estado não propiciava adequadas condições de trabalho:

Meu caso foi uma desilusão relacionada a trabalho pela força maior da política. Tive uma formação na faculdade relacionada à saúde, à prevenção, e quando tive oportunidade de colocar isso em prática, vi a força da política. O profissional se coloca, mesmo, de coração e peito abertos para poder funcionar, mesmo, e acaba tendo desilusões relacionadas ao que o estado proporciona (R23).

Sobre a finalização do PSF, um dos entrevistados da equipe central comentou que o Ministério Público não concordava com os critérios de seleção e contratação dos trabalhadores pelo ICS, nem com a forma de parceria estabelecida entre a SES/DF e o ICS:

O PSF/DF foi desativado por conta do critério de seleção. O Ministério Público não concordava com a seleção de currículo e entrevista, exigia o concurso público. E acabou também pelo ICS, que não era nem uma ONG, nem uma empresa terceirizada. A SES/DF não poderia terceirizar profissionais do PSF/DF para o ICS, era somente um convênio. (C21)

Segundo os depoimentos do grupo focal, a finalização do PSF/DF foi marcada por expressões como: “surpresa”, “desastroso” e “descontinuidade”, como demonstra os depoimentos abaixo:

Infelizmente, desastroso, pelo que percebi, que finalizou de um governo para o próprio governo re-eleito. (L25)

Como o governo continuou, todo mundo tinha certeza de que o programa continuaria. Ficamos surpresos com o término do PSF, e a população ficou muito mais decepcionada do que agente. (L21)

Observa-se nos depoimentos acima que os trabalhadores do PSF/DF tinham esperança de que o Programa continuasse, principalmente porque o mesmo

governo iria se manter, que conseqüentemente teria poderes políticos para a sua manutenção. Entretanto, ocorreu o contrário, o Programa foi se esvaziando dia a dia.

O programa terminou em outubro de 2003, só que, no caso da minha equipe, ele terminou muito antes. (L24)

Eram dez equipes; quando chegou perto da eleição, só tínhamos duas ou três equipes completas. A gente viu que a coisa estava decaindo, mesmo; a equipe não estava mais preocupada com o trabalho. Os ACS foram transferidos para suas cidades, médicos foram transferidos. (L23)

Na verdade, o PSF/DF terminou muito antes que a data oficial, porque não tínhamos mais nenhum ânimo para trabalhar. Houve uma tensão muito grande em relação às demissões. Sabíamos que não íamos receber nada, como até hoje não recebemos, nem férias vencidas, nem décimo terceiro; só recebemos o FGTS. Que ânimo tem para trabalhar, sabendo que vai ser demitida e não vai receber nada? Nenhum. (L22)

4.2.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PSF/DF

A estrutura regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde do DF permaneceu a mesma do período anterior. A SES/DF restabeleceu o critério para nomeação do Diretor do Hospital como Diretor da Regional e criou a Gerência de Saúde da Comunidade (GESCON) subordinada a ele com a função de gerenciar a atenção básica da SES/DF, isto é, Centros e Postos de Saúde:

A antiga Diretoria de Saúde da Comunidade virou a Gerência da Saúde da Comunidade (GESCOM), que é uma representação técnica, onde existe um coordenador de cada um dos programas de saúde que existe na SES/DF: da criança, da mulher, do adulto, do idoso. Sua função é dar uma assistência e coordenar os programas de saúde dentro das unidades do Centro de Saúde. Existe um elo entre a GESCOM regional e a GESCOM central (C22).

Para organizar os serviços do PSF/DF e monitorar o trabalho das equipes nas regionais de saúde foi criado o Núcleo de Supervisão da Estratégia de Saúde da Família chefiado por profissionais da SES/DF. Também faziam parte da equipe regional o Coordenador Regional do PSF/DF e o Técnico Administrativo do ICS.

A estrutura organizacional regional do PSF/DF era composta por três pessoas: o Chefe do Núcleo de Supervisão de Ações Estratégicas do PSF, que era da SES/DF, o Coordenador Regional do PSF/DF e o Técnico Administrativo, que eram do ICS. O Chefe de Núcleo cuidava da sala de situação, que é um instrumento diagnóstico da própria SES/DF para o planejamento das ações dos Centros de Saúde. A Coordenação do PSF era mais ligada aos cursos para os ACS, médicos e enfermeiras. O Técnico Administrativo cuidava dos recursos humanos, vale transporte, férias,

licença, controle da presença; tinha o segundo grau completo e era contratado pelo ICS (R24).

Observa-se que em nível regional houve a tentativa de aproximar o PSF/DF das UBS, pela existência da GESCON, que se encarregou de articular o programa com a discussão da sala de situação existente na UBS e com as ações programáticas ali desenvolvidas.

Para um dos profissionais, a indicação das Coordenações Regionais não esteve baseada em critérios técnicos, o que dificultou a execução do programa:

Na verdade foi montado na base de apadrinhamento, não foram os melhores escolhidos e as pessoas que são das Coordenações Regionais. A maioria estava apenas cumprindo uma carga horária, não estava tecnicamente preparada para assumir o gerenciamento do que se dizia programa, da estratégia (L25).

Esse depoimento demonstrou a existência do clientelismo na organização dos serviços do DF mediante indicação dos coordenadores regionais. Entretanto, esse fato também foi verificado na Bahia, em estudo realizado por Coelho e Paim (2005) sobre o processo decisório e as práticas de gestão onde identificaram que a "escolha dos gerentes e diretores permaneceu em grande parte ao jogo político-partidário", atribuíram essa característica à conformação do Estado, que atravessou as organizações de saúde e constrangeu até a gestão que se propunha a conter a política na saúde.

A SES/DF efetuou um contrato de gestão com ICS para selecionar e contratar os trabalhadores. A seleção dos profissionais foi realizada mediante análise de currículo e entrevista com o candidato e o treinamento executado pela SES/CEDHRUS: "Caberá à SES/FHDF aprovar e treinar os profissionais selecionados pelo ICS, mediante Contrato de Gestão." (GDF, 1999a). Portanto, o PSF/DF também teve sua inserção paralela aos serviços da SES/DF mediante um contrato de gestão com o terceiro setor, seguindo a tendência nacional dos novos modelos de gestão para a saúde identificados por pesquisadores do país (NOGUEIRA, 2003; GOHN, 2004; MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002; MACHADO, 2003).

Souza (2002) identificou que um dos desafios para a gerência do PSF é "avançar no enfrentamento das questões relativas aos vínculos e às modalidades de contratação" dos profissionais para obter melhores resultados, esse fato também esteve presente no DF.

Os entrevistados confirmaram os critérios de seleção previstos no projeto e os componentes do grupo focal acrescentaram que o candidato deveria ter uma indicação:

A Equipe Central fazia a seleção dos currículos, e depois os profissionais da regional faziam a entrevista, todos os inscritos foram entrevistados, inclusive os AE. Para os ACS não havia análise de currículo, só entrevista (C21).

Era indicação e levava o currículo (L22).

Verifica-se que o papel da SES/DF na gestão de recursos humanos era o de selecionar e alocar o profissional na regional de maior necessidade. Os candidatos não realizaram prova de seleção, apenas foram submetidos à análise do currículo e entrevista, caracterizando um processo seletivo subjetivo, inclusive com a indicação de outro profissional revelando a existência de uma política clientelista para a gestão de pessoas que ocupariam postos na estrutura central, regional e local. O papel do ICS era apenas contratar os profissionais selecionados pela SES/DF e efetuar o pagamento dos salários.

Para a contratação do ACS, utilizou-se o critério de ser morador da área e ter cursado o primeiro grau. Todavia, dois profissionais referiram que algumas vezes o ACS não era morador da área, dificultando o trabalho da equipe por não conhecer o local de atuação:

Todos os ACS eram morados da comunidade e exigia-se só o primeiro grau, eles eram pessoas de baixa renda da comunidade. Durante a contratação, o ICS pedia o comprovante de residência. Quando eram lotados e começavam a trabalhar, já tinham mudado. Mas a maioria era da área, porque se não fosse a própria comunidade denunciava (R21).

Para Silva e Dalmaso (2002), o ACS, além ser componente técnico da equipe, tem o privilégio de ser morador da área e conhecedor de sua comunidade, portanto é dotado de um saber sobre o território que lhe confere poder junto à equipe e à população. Sua atuação como mediador entre a identificação das necessidades e problemas da população e a organização das práticas e serviços é de suma importância. Entretanto, essa função será qualificada e comprometida socialmente desde que ele resida na área de atuação, do contrário será desprovido do seu maior instrumento de trabalho, que é o conhecimento da realidade local.

Era solicitado aos profissionais que cumprissem a jornada de trabalho semanal de 40 horas, não era exigida a dedicação exclusivamente ao PSF/DF, contudo, entrevistados relataram que, algumas vezes, não se cumpria o horário de trabalho:

Não era exigida a dedicação exclusiva, acho que 90% dos enfermeiros tinham outro vínculo, até com a própria SES/DF: 20 horas na SES/DF mais o PSF/DF. Várias vezes chocavam os horários dos funcionários que estavam de plantão no Hospital com o horário de trabalho do PSF. Acontecia isso (R23).

Observa-se a diferença existente entre o PSF/DF e o SC no que tange aos requisitos exigidos para o trabalho. Nesse período havia a flexibilidade para o segundo vínculo empregatício sem a percepção de prejuízo ao programa. Pode-se compreender essa decisão como uma recompensa pelos baixos salários praticados, por outro lado, o PSF seria um emprego provisório comprometendo a formação de vínculo:

O médico do PSF/DF recebia menos do que o do Centro de Saúde e menos do que no programa anterior. Por isso não permaneciam no programa. Assumiam de imediato porque estavam sem emprego e depois que encontravam uma proposta melhor, saíam. A instabilidade de emprego era muito grande (C22).

Nesse depoimento fica clara a percepção do profissional sobre a falta de motivação dos trabalhadores do programa decorrente da insegurança do programa com inserção paralela e contratos temporários, assim como o pouco comprometimento com a proposta que era utilizada como um emprego provisório. Coincidindo com os dados encontrados por Pierantoni (2002) sobre recursos humanos e gerência no SUS, e de Roza e Rodrigues (2003) sobre a regulação dos vínculos institucionais externos e o programa.

Paim (2006) referiu que os profissionais que atuam no PSF devem ter clareza sobre a proposta, estar engajados no movimento contra-hegemônico e se empenhar no processo de transformação do processo de trabalho e das práticas para provocar a mudança do modelo de atenção. Para esse autor, a ausência dessas condições e do vínculo com o trabalhador dificulta sua implantação e não promove o processo de mudança do modelo assistencial. Nesse período do programa do DF foi observada a presença destas características desfavoráveis ao seu sucesso.

Em relação aos salários, o estudo de Girardi e Carvalho (2003) sobre o emprego no PSF em 759 municípios brasileiros, até outubro de 2001, identificou que os valores pagos ao médico e ao enfermeiro do PSF eram maiores que os do mercado em todas as regiões do país, sendo 77% em média a mais para o médico e 33% a mais para enfermeiros. Verifica-se que no DF ocorria o contrário do que foi verificado nos demais municípios do país, talvez pela falta de prioridade institucional concedida ao programa.

Os profissionais afirmaram que as equipes ficaram incompletas com a saída dos médicos, e um dos argumentos, além dos baixos salários, era a distância existente entre o Plano Piloto e a unidade do PSF/DF. Parece que sua permanência na equipe estava relacionada a distância entre o trabalho e seu local de residência:

Em Planaltina (50 km do Plano Piloto) o médico não passava um mês. Outros lugares também estão longe do Plano Piloto e têm médico. Brazlândia tinha médico, só que eles moravam por lá. (L21).

A falta de médico era pela jornada de 40 horas semanais e ele tem outros empregos. E pela localização das equipes do PSF/DF em lugares mais distantes, principalmente a área rural, nem todos os médicos têm essa disponibilidade de ficar numa área rural (R21).

Cada equipe teria a responsabilidade por uma área geografia e mais ou menos 1.000 famílias. Os ACS atuando com uma média de 250 famílias em sua microárea e quatro ou cinco microáreas perfazendo o território de uma equipe que terá atividades sendo desenvolvidas no domicílio e na unidade (GDF, 1999b), revelando concordância com a orientação do MS (BRASIL; 1994, 1998). Entretanto, o PSF acrescentou o assistente social para cada uma das regionais de saúde que tivessem implantado a atenção à saúde da família e, para duas equipes do PSF/DF, uma equipe de saúde bucal. Na opinião dos profissionais da equipe local, o número de famílias por equipe era superestimado e para o odontólogo essa quantidade de famílias inviabilizava um trabalho mais efetivo porque ele era responsável pelo atendimento de duas equipes do PSF/DF:

Havia um superdimensionamento de população para cada equipe. No início eram 1.500 famílias ou 1.200 famílias. Foi reduzindo para 700 (L25).

O critério de implantação das equipes era a existência de uma instalação física que não gerasse custos para a SES/DF, apesar do GDF/SES ter se comprometido com a contrapartida no ato da adesão ao programa. A maioria das unidades do programa foi "inquilina" (BRASIL, 2002b) dos Centros de Saúde sem que houvesse readequação de seus espaços físicos. A decisão do gestor de instalar as equipes PSF/DF nos Centros de Saúde acabou gerando alguns conflitos na produção dos serviços de saúde de atenção básica. A natureza dos conflitos pode ser analisada sob a perspectiva das condições de trabalho, da população adscrita, das práticas de saúde e das relações trabalhistas entre UBS e PSF/DF.

Havia divergências e discordâncias em relação a dividir o espaço, o consultório, em relação ao trabalho, eles dificultavam a operacionalização

do trabalho do pessoal do PSF/DF dentro da unidade. Tivemos mais problemas (C21).

Tivemos que adequar o horário do dentista da SES/DF com o do dentista do PSF/DF. Os horários não chocavam porque no PSF/DF existia a visita domiciliar de todos os profissionais, o dentista não fica 40 horas em um consultório e tínhamos muitas atividades em escolas (R21).

A população adscrita ao Centro de Saúde também recebia o atendimento da equipe do PSF/DF, havia duplicidade de oferta e não se cumpriu a ampliação do acesso à população desassistida, tampouco a universalidade e a equidade foram atendidas. O depoimento do profissional constatou a presença desse conflito:

Foram instaladas equipes PSF dentro de uma área de abrangência que já pertencia ao Centro de Saúde, isso não tinha sentido na minha cabeça, porque não necessitava, mas quando cheguei ao PSF/DF já encontrei essa situação e não consegui reverter (C22).

O terceiro conflito diz respeito às relações trabalhistas, tais como contratos temporários (CLT), salários menores do que os recebidos no período anterior (SC) e inferiores aos praticado pela SES/DF, vínculos instáveis e ingresso sem prova de conhecimento, que acarretaram problemas no relacionamento e no desenvolvimento do processo de trabalho junto à população:

Não era uma relação muito amigável, existia aquela cultura de que o profissional concursado tem mais estabilidade, portanto tinha dificuldade de integrar com o profissional que não era concursado, ou seja, os terceirizados do PSF/DF. Comparavam a diferença de formação e de salários. Era difícil e complicado lutar contra a diferença, porque quem sofria era a população (R22).

O último conflito é relacionado à definição das práticas de saúde executadas por essas duas equipes de trabalhadores, do PSF/DF e dos Centros Saúde, que será discutido no item análise das práticas de saúde dessa proposta.

As equipes do PSF/DF também foram instaladas em imóveis do governo e/ou cedidos pela comunidade em regime de comodato. Os profissionais salientaram que, além dos imóveis, os proprietários também cediam móveis e alguns equipamentos para montar a unidade do PSF/DF. A Polícia Federal, o MS e a Caixa Econômica também contribuíram com a oferta de móveis para a instalação das equipes. Os componentes das equipes chegaram a pintar a instalação e buscavam colaboração para as reformas serem efetuadas sem gastos para o programa:

A própria pessoa que cedeu o imóvel cedeu alguns móveis. Houve reforma gratuita de uma unidade por intermédio de uma enfermeira que conseguiu

com uma empresa de engenharia. Aonde não havia móveis suficientes, a SES/DF acabava ajudando, cedendo móveis dos hospitais, que ficaram sem uso e foram repassados (R24).

Os próprios funcionários fizeram um mutirão, colocaram paredes, pintaram e fizeram uma unidade, foi uma das equipes que melhor funcionou na minha gestão na Ceilândia (R21).

As doações recebidas e as reformas executadas pelos profissionais da equipe revelam o conteúdo assistencialista do modelo de implantação das equipes.

O projeto do PSF/DF previa três etapas para a implantação das equipes: na primeira seriam 62 equipes, na segunda se alcançaria o número de 129, e finalmente 170 equipes para o período. Divergindo da proposta do Plano de Saúde, que previa ampliar para 296 equipes mínimas e 147 equipes de saúde bucal até dezembro de 2000 (GDF, 1999a). Observou-se que o previsto não ocorreu e que os critérios de implantação das equipes não foram as características sociais e epidemiológicas da população, e sim a existência de instalação física que não acarretasse custos para a SES/DF. Portanto, o PSF/DF não adotou o modelo de atenção baseada nas necessidades da população, ou nas características das famílias e comunidade, como recomendou Starfield (2004) para garantir a qualidade da atenção básica. Não utilizou-se indicadores epidemiológicos nem sociais para definir as áreas de implantação, confrontando com as premissas básicas do MS para a implantação da estratégia e discutidas pelos pesquisadores que estudavam a mudança do modelo de atenção e a nova organização da atenção básica (TEIXEIRA, 2003, 2004; TEIXEIRA; SOLLA, 2005; SOUSA, 2002; SOUZA, 2002).

O quantitativo de equipe proposto no projeto do PSF/DF previa um índice de cobertura inferior ao desejado, que foi justificado pelo fato de “não se computar os atendimentos realizados nos Postos e Centros de Saúde que integram o sistema às ações do PSF/DF” (GDF/SES, 1999a).

A SES/DF justificava a baixa cobertura populacional pelas equipes do programa em função do atendimento realizado pelos Centros e Postos de Saúde, o que era um equívoco, pois havia um *deficit* de unidades em relação à crescente expansão populacional e existiam algumas unidades desativadas por falta de pessoal. Ademais, com equipes do PSF/DF instaladas no mesmo território que os Centros e Postos de Saúde, não houve expansão do atendimento à população principalmente aos novos agregados populacionais recém instalados na periferia do DF cuja população era pobre e sem infra-estrutura urbana adequada.

A baixa cobertura foi uma limitação do programa identificada pelo profissional aliada ao pouco reconhecimento do trabalho dos profissionais:

Baixa cobertura, no máximo 10% da população do DF. Segundo, não houve reconhecimento do trabalho e profissionais da equipe e nem interesse de desenvolver esse potencial humano (L22).

Para a implantação do PSF/DF houve um treinamento introdutório de dez dias e ministrado pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família recém-criado na FEPECS (antigo CEDRHUS):

O treinamento introdutório do PSF durou dez dias e foi executado pelo Pólo de Capacitação em PSF/DF situado na FEPECES (antigo CEDRHUS). O treinamento de médico, enfermeiro, odontólogo e assistente social eram juntos. Cada profissional vinha com sua formação básica e eram passadas as diretrizes do PSF. O primeiro foi com a carga horária de 80 horas, bem puxado, com duração de oito horas por dia. Depois foi reduzido. (C21).

A equipe local avaliou o treinamento introdutório do Programa como insuficiente e desconsiderou as distintas funções e especificidades de cada profissional uma vez que foi realizado em conjunto, utilizou a expressão "não valeu" para resumir sua percepção:

Esse preparo foi feito mais ou menos no laço. Não valeu nada. Fizeram um treinamento conjunto, misturaram tudo, mas cada um tem funções distintas, não pode receber treinamento junto. As habilidades são diferentes, a formação e o aprendizado são diferentes. Mas todos têm que ser treinados para fazer aquele trabalho do PSF (L22).

Para os ACS, a equipe local percebia a necessidade de realizar um treinamento visando adequar o encaminhamento das demandas da comunidade trazidas por ele aos profissionais. No depoimento abaixo, um assistente social retrata como conduziu esse problema:

Era uma Assistente Social por Regional. Tive dificuldade com os ACS de não conseguirem diagnosticar o que era enfermeira, o que era da Assistente Social. As coisas que eram da enfermeira vinham para mim, coisas que eram minhas iam para enfermeira. Decidimos fazer um curso com eles de novo, um treinamento com ACS. Conversamos com a Coordenação Regional e todos os supervisionais das equipes da regional fizeram seu treinamento com os ACS. Melhorou bastante depois disso (L21).

Esse acontecimento demonstrou a capacitação do profissional em diagnosticar o problema no trabalho da equipe e a iniciativa de negociar a realização de uma ação que favoreceria todo o processo de trabalho, portanto contribuiu com a adoção de tecnologias leve-duras na produção do serviço de saúde (MERHY, 1999), porém foi um evento pontual no conjunto das equipes do PSF.

As atividades de educação continuada eram realizadas pelos profissionais da SES/DF, eram periódicas e específicas para cada profissional, utilizavam os conteúdos dos programas do MS e de alguns procedimentos do PSF como o cadastramento:

A capacitação era periódica e específica para cada profissional e durava uma semana. O conteúdo destes cursos era bem focado nos programas do MS, no atendimento integral às famílias, mulher, criança, adulto, idoso, questão da violência, cadastramento. E os instrutores eram profissionais da SES/DF (C21).

Verifica-se que a educação continuada do PSF/DF utilizava o mesmo conteúdo dos programas executados no Centro de Saúde direcionado para o processo de trabalho já realizado na rede básica, sem provocar mudanças, pelo contrário, reforçou a manutenção do modelo de atenção básica na programação em saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006) e não introduziu mudanças na perspectiva da promoção e vigilância à saúde (TEIXEIRA, 2002a, 2002b, 2003).

A alimentação do SIAB foi prejudicada porque era feita por um técnico contratado pelo ICS que não foi treinado para a importância de sua função:

O treinamento do profissional que preenchia os dados e as fichas não era reforçado quanto à importância dos dados e da atenção dele, porque um número, uma vírgula errada alteraria toda a realidade. Nunca senti que esse profissional que digitava tinha consciência da importância do trabalho dele. Geralmente era um jovem selecionado pelo ICS, por indicação política, com noção de digitação, mas não foi preparado para a importância do trabalho de manipular os dados da atenção básica (R22).

Novamente identifica-se o clientelismo na escolha desse funcionário em detrimento do critério técnico, e, como funcionário contratado pelo ICS, a SES/DF não tinha autoridade sobre ele o que também resultou em falhas no sistema de informação do programa com perdas financeiras para a SES/DF.

Durante esse período foi realizado o II Curso de Especialização em Saúde da Família ofertando 70 vagas. Os coordenadores das equipes do PSF/DF foram indicados pelo profissional da equipe central para participarem. Além desses, alguns servidores da SES/DF e do entorno foram alunos do curso.

Para o II Curso de Especialização recebi a incumbência de indicar os profissionais para fazerem, até me admirei. Escolhi todos os Coordenadores de Equipe do PSF/DF e algumas pessoas das Gerências (me inscrevi e dei vaga para Gerência Administrativa e para Gerência do SIAB). Tivemos pessoal só do PSF/ICS, não tinha da SES/DF. Alguns Gerentes de Assistência Básica de Saúde SES/DF entraram porque houve desistência de vagas. O pessoal do entorno também veio fazer o curso para equilibrar e ver se diminuía a demanda deles para o DF. (C22).

Entretanto, esse mesmo profissional referiu que a SES/DF investe nos cursos, mas não valoriza nem aproveita adequadamente o profissional qualificado para a atuação no programa:

Formaram-se 70 especialistas em PSF, mas todo mundo ficou a ver navios e veio um novo governo e criou o FS e não aproveitou ninguém. Ninguém reconheceu a especialidade. Pagou para os profissionais se especializarem, formou 70 especialistas prontos para atuar, melhorar a condução do programa, mas não utilizou essa mão-de-obra. Muitos enfermeiros que estão na Assistência Básica apenas como enfermeiros têm uma vasta experiência e um Curso de Especialização em Saúde da Família. Foi uma coisa que só existiu na SES/DF (C22).

Na opinião de Teixeira (2003), as mudanças do modelo de atenção e da organização dos serviços de saúde dependem das novas concepções dos profissionais sobre o objeto, finalidade, meios e instrumentos dos processos de trabalho e de gestão. Uma forma de discutir novas alternativas e propor novas práticas são os cursos de especialização fomentados pelos pólos de capacitação criados pelo MS. Entretanto, os profissionais que tiveram essa qualificação precisam encontrar no espaço da prática interesses políticos, econômicos e técnicos que conjuguem esforços para o novo eixo que provocará mudanças na produção da saúde. Assim, só a oferta dos cursos é insuficiente para a efetiva transformação almejada.

O projeto previa um processo de avaliação em três áreas: a avaliação fiscal encarregada de verificar os custos com folha de pagamento do pessoal e dos gastos com a manutenção; avaliação do processo envolvendo as atividades realizadas de acordo com os parâmetros de produtividade; e a avaliação de desempenho ou resultados que enfocaria os objetivos do PSF sob a ótica das mudanças dos indicadores de saúde. (GDF, 1999b). Entretanto não se observou a operacionalização desse processo e não se obteve documento sobre o tema.

A equipe central do PSF/DF fazia a supervisão e controle da presença e pontualidade dos funcionários, avaliação da satisfação das famílias sorteadas pelo ACS:

A equipe central ia junto fazer supervisão: se o planejamento era cumprido, quais as dificuldades das equipes e se faltava material. Para as equipes do PSF instaladas na zona rural tínhamos muito problema com o cumprimento do horário, esse era o nosso maior problema. Corríamos atrás dos profissionais, porque muitas vezes eles não cumpriam o horário e saíam sem dar assistência (C22).

Alguns questionários de avaliação eram feitos nas comunidades, em visitas-surpresa feita pela Equipe Técnica Central. Sorteavam uma família e iam lá fazer. Saíam em carreata, cada um ia a uma regional, mas não eram tão periódicas porque o número de equipes chegou a cento e pouco e a Equipe Central era pequena (R21).

A percepção dos profissionais sobre a supervisão revela a concepção tradicional de fiscalizar, inspecionar e controlar, na perspectiva de identificar problemas administrativos pontuais e verificar a satisfação dos usuários na perspectiva de um modelo de gestão vertical e predominante. Para Reis e Hortale (2004) a supervisão é um elemento viabilizador da política de saúde "à medida que interpreta os interesses dos níveis periféricos", repassa conceitos, redefine procedimentos, "identifica práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto". Nessa perspectiva, a supervisão associa controle ao processo educativo e cria parcerias horizontais que impactam e transformam as práticas e os serviços, portanto tem potencial para mudar o modelo de atenção, mas essa concepção moderna de supervisão parece não ter sido implementada no PSF/DF.

Os profissionais percebem sua função controladora da produtividade, isto é, controlar o quanto de trabalho foi realizado e se o SIAB está sendo alimentado:

O SIAB conseguia fazer uma parte da avaliação em cima da produtividade, mas não existia um trabalho sobre os pontos críticos identificados pelo SIAB e nem outro instrumento da supervisão. (R22).

Para Souza (2002), a informação contida no SIAB permite identificar as desigualdades nas condições de saúde da população adscrita em termos de necessidades de saúde. Sua potencialidade está no fato de oferecer informações em tempo real e "confiáveis para programar e reprogramar as ações locais", tornando-se uma ferramenta importante na organização dos serviços da equipe local. Entretanto, Canesqui e Oliveira (2002) revelaram que apenas 51.2% das equipes do PSF incluídas na pesquisa utilizaram os dados do SIAB para programar suas atividades de saúde, constituindo-se como um problema a ser equacionado no PSF, sobretudo para a reorganização dos serviços.

Os profissionais das equipes locais comentaram que o sistema de monitoramento, supervisão e avaliação das equipes era quantitativo, um instrumento

de prestação de contas para o MS. Não existia avaliação técnica nem administrativa, e os dados produzidos não eram usados para a retroalimentação dos serviços:

Era só quantitativo e sem retorno. Puramente quantitativo. Estatística (L21).

Não tem avaliação técnica e nem avaliação administrativa. O sistema de avaliação é primitivo. Eles queriam medir quanto é que você produzia, mas não davam retorno (L22).

Os problemas referidos pelos profissionais do PSF/DF concordam com os dados obtidos por Freitas e Pinto (2005) na análise da percepção dos profissionais do PSF sobre o SIAB: sua pouca utilização para a programação local, embora seja considerada importante; desconhecimento de sua finalidade; não contemplar o registro de algumas atividades e doenças; dificuldade e confusão no preenchimento e manuseio das fichas comprometendo o processo de informação, e a falta de treinamento e/ou educação continuada sobre a sua utilização como ferramenta para o planejamento das ações e serviços.

As relações entre as equipes do PSF/DF e dos Centros de Saúde foram difíceis para a maioria dos entrevistados. Apenas um deles referiu que os profissionais do programa participavam das campanhas e mutirões da SES/DF:

Muito difícil a relação das equipes do Centro de Saúde com as equipes do PSF. Os profissionais do Centro de Saúde não entendiam a política do PSF, porque a Gerência da SES/DF não preparou os profissionais do Centro de Saúde para receber os profissionais da equipe PSF (C21).

Toda vez que tinha um mutirão de saúde, uma campanha de vacinação, a SES/DF não tinha o número suficiente de pessoas para fechar o quadro e deslocávamos algumas pessoas da equipe do PSF para ajudar. Para o dia do controle do tabagismo, dos namorados com a campanha de prevenção de DST, o pessoal do PSF foi às praças fazer a campanha. (R22).

A tecnologia de mutirão e campanha utilizada na atenção primária requer a participação de muitos trabalhadores da saúde, pois envolve um grande contingente da população, geralmente durante o dia todo. Como na equipe do PSF/DF estão presentes os ACS que conhecem a população e a comunidade, eles se tornam um grande aliado na organização dessa atividade. Por outro lado, a equipe do PSF/DF possui conhecimento e prática na realização das atividades extramuros, o que também reforça sua participação sem o inconveniente de dividir o espaço da UBS. Percebe-se nessa parceria uma dupla finalidade: agregar recursos humanos e programar adequadamente a ação com a equipe que domina a tecnologia requerida.

O sistema de referência e contra-referência era precário e os encaminhamentos para o nível secundário e terciário eram demorados, os pacientes entravam em uma fila de espera:

Caso necessitasse de uma cirurgia, o paciente entrava na fila, em uma agenda, como todos os pacientes do Centro de Saúde. Para a regional, todos os usuários tinham a mesma prioridade (C21).

Os exames complementares chegavam com atraso inviabilizando a conformação do diagnóstico e da intervenção precoce sobre a patologia:

Os exames complementares demoravam duas ou três semanas, um exame ginecológico também demorava muito. Várias vezes houve perda dos resultados. O profissional do PSF/DF ficava sem graça por ter que pedir ao paciente refazer porque estava perdido. Como nosso objetivo era mais preventivo, os profissionais conseguiam resolver através da conversa, do carinho que tinham com os pacientes. Quando era um caso mais complicado, passávamos direto para o HR (R23).

Evidencia-se que a demora no retorno do resultado do exame interferia na qualidade e na resolutividade da atenção, as intervenções preventivas e de recuperação seriam executadas tardiamente interferindo no curso do processo saúde doença, do usuário acarretando dano. A atenção básica deixava de atender sua finalidade precípua de agir antes que a queixa ou o agravo se ampliasse.

Mas não foi criado nenhum mecanismo formal na SES/DF para facilitar o fluxo da referência e contra-referência. Esse problema comprometia a qualidade do serviço e a implementação de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, pois as ações complementares não eram resolutivas e nem oportunas:

Nada foi criado para que o fluxo de atendimento saísse direto do PSF/DF para o Hospital, a demanda do PSF/DF competia com a demanda do Centro de Saúde. Se existissem dez vagas para Oncologia, competia tanto à demanda do Centro de Saúde, quanto à demanda do PSF/DF. Quem definia o número de vagas era o Diretor Regional (C22).

A mesma opinião foi compartilhada pelos profissionais das equipes locais, não existia um sistema de referência e contra-referência no PSF/DF. Havia rivalidade e competição entre os profissionais, faltava reagente nos laboratórios para realizar os exames, existia equipamento quebrado para os exames de imagem e retorno de prontuários sem o parecer dos especialistas. Os profissionais justificaram a solicitação de encaminhamento referindo que no PSF/DF fazem a avaliação clínica e que precisam de outros recursos diagnósticos para excluir hipóteses diagnósticas e prescrever tratamento adequado, algumas vezes esse tratamento é feito em outras unidades da rede:

Uma artrite reumatóide juvenil que diagnosticou no PSF/DF. Peço alguns exames – e como até hoje – falta reagente, peço exame para chagas, falta reagente. Um impasse. Tenho que fechar o diagnóstico que é clínico, mas tenho que fazer a exclusão, a saída era encaminhar para o serviço de referência. Faço o pedido do exame e peço para a senhora levar seu filho lá em Taguatinga. Mas ela quer saber quantas vagas estão cedidas, pois sabe que fará uma viagem e não tem o dinheiro da volta. Já foi lá duas vezes e não conseguiu marcar (L25).

Vale ressaltar que as normas e diretrizes nacionais para o PSF prevêem a divisão de responsabilidade entre os três níveis de gestão Federal, estadual e municipal. Canesqui e Oliveira (2002) lembram que ao município cabe a preparação e educação permanente das equipes; a produção, avaliação, acompanhamento e utilização das informações pelo sistema de informações; e, garantir insumos, infraestrutura e inserção da saúde da família na rede de serviços.

No DF houve a adesão formal à proposta, mas não se conseguiu equacionar esse conjunto de exigências, notadamente a inserção na rede, infra-estrutura, insumos, avaliação do sistema de informação, utilização do SIAB para o planejamento local e a educação permanente dos profissionais. Percebe-se também que o Programa não foi organizado para universalizar a assistência e nem garantir a integralidade da atenção à saúde, pois proporcionou baixa cobertura populacional devido ao reduzido número de equipes.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), a universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema de saúde. Assim, esse conceito se aplica quando todos são atendidos sem discriminação e sem restrições ao acesso e consumo de atendimentos, ações, procedimentos e serviços, o usuário é atendido "da vacina à cirurgia".

Para Hartz e Contandriopolos (2004), a integralidade da atenção é um dos pilares do SUS construída por cinco eixos: "primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; e abordagem integral dos indivíduos e das famílias".

Utilizando a classificação elaborada por Viana e Dal Pozo (2005) pode-se identificar o modelo de implantação deste período como principiante porque o programa "era incerto, pouco desenvolvido, sem a participação da comunidade e se desenvolveu de forma isolada tanto das demais instâncias de governo como da

comunidade". Verifica-se um retrocesso no modelo de implantação do PSF em relação ao SC, que era um modelo regional.

4.2.3. PRÁTICAS DE SAÚDE DO PSF/DF

Quanto às atividades práticas previstas no projeto para as equipes do PSF/DF destacavam-se (GDF, 1999b): consulta médica e de enfermagem a todos os membros da família, independente da faixa etária, e atividades educacionais para as famílias em geral, ou grupos específicos, como gestantes, mães, adolescentes, idosos e portadores de patologias.

Previa também a realização de ações de vigilância à saúde tanto no controle de doenças transmissíveis como crônico-degenerativas; ações de controle do meio ambiente notificando e participando de ações de Vigilância Epidemiológicas de Saúde do trabalhador e Educação Sanitária demonstrando a permanência da dualidade entre as práticas de vigilância epidemiológica e sanitária sem a integração e articulação destes saberes para compor a vigilância à saúde (TEIXEIRA, 2002a, 2002b, 2002c).

As atividades programadas para a identificação do perfil epidemiológico prevista para a equipe do PSF/DF eram (GDF, 1999b): cadastramento familiar para identificação de fatores determinantes dos riscos relacionados com os modos de viver da população; estruturar o sistema de informação a partir da produção de dados tanto na unidade da saúde da família como nas comunidades; planejar, coordenar e avaliar as ações de saúde, tanto em nível de produção e organização do serviço quanto em relação ao impacto na saúde da comunidade. Observa-se que o conhecimento epidemiológico foi previsto para ser utilizado nas práticas da equipe, evidenciando a relação entre a noção de risco com os modos de viver a vida (AYRES, 2001, 2004b), como instrumento de avaliação do impacto e para o planejamento dos serviços (SOUZA, 2002; PAIM, 2003b; SCHRAIBER et al., 1999; ROZANI; SILVA, 2008). Entretanto, as informações do SIAB não foram utilizadas como instrumento efetivo do processo de trabalho.

No projeto também havia a proposição de articular o processo de trabalho do PSF/DF com o trabalho dos serviços de saúde existentes na localidade e na regional

de saúde, sinalizando a intenção de buscar a integralidade da atenção mediante ações de diferentes níveis de complexidade, conforme recomendações dos autores que estudam a atenção básica (STARFIELD, 2004; SPINK, 2007; MACHADO et al., 2007; MATOS, 2004).

Verificou-se no projeto que apenas o ACS tinha a atribuição de realizar a promoção da saúde e as ações intersetoriais, para os demais componentes não foi explicitada essa atribuição, que se tem mostrado como indutora da mudança do modelo de atenção. Para os pesquisadores que estudam o tema, as ações de promoção da saúde e as parcerias intersetoriais propiciam um novo enfoque para a organização tecnológica do trabalho em saúde e para as práticas de saúde (PAIM, 2003; PAIM, 2006; TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA; SOLLA, 2005, 2006; SOUSA, 2001; GOULART, 2002; ROSA; LABATE, 2005).

Paula, Palha e Protti (2004) concluíram que a intersectorialidade é um desafio a ser conquistado pelas equipes do PSF, pois constataram que os profissionais ainda percebem que são as ações de responsabilidade individual um processo de trabalho penoso e solitário; e não sob a perspectiva de uma prática de negociação a partir de novos olhares e novos valores que considerem as diferenças e incorporem as contribuições de cada parceiro (JUNQUEIRA, 2000).

Retomando a análise das atribuições dos ACS, alguns estudiosos do PSF alertaram que as responsabilidades a ela adjudicada é grande, sem realizar um efetivo treinamento e educação continuada (SILVA; DALMASO, 2002a, 2002b; SOUSA, 2001). Além disso, esse profissional pouco compartilha essas responsabilidades com outros profissionais.

As atribuições dos profissionais da equipe mínima e de saúde bucal são iguais às do projeto anterior, com a diferença de que não destacam o trabalho em equipe, que é um instrumento importante do processo de trabalho em saúde da família, pois contribui para a mudança do modelo de atenção, como comentando anteriormente (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; PEDUZZI, 2001; PAULA; PALHA; PROTTI, 2004; RIBEIRO, 2004; ROSA; LABATE, 2005).

A finalidade do PSF/DF, de acordo com o projeto (GDF, 1999b), era: “resgatar a credibilidade da população com a oferta de ações de atenção básica de qualidade, de acordo com as características de cada área”.

Para os entrevistados da equipe central e regional, a finalidade do PSF/DF era de ampliar, melhorar a assistência básica, dar comodidade à população, atenção

primária próxima de casa, prevenção da doença, fazer o diagnóstico precoce, reduzir as filas dos hospitais, uma estratégia político-financeira de redução dos custos e trabalhar com a noção de riscos:

Prestar atendimento de atenção primária, mais próximo da casa do usuário. Fazer a prevenção para diminuir os casos de atendimento terciário ou quaternário. Era uma estratégia político-financeira. Detectar um paciente que está com diabetes e hipertensão ainda no início é melhor do que pegar pacientes que já apresentam seqüelas, como AVC e outras complicações e situações mais dispendiosas (R24).

A grande inovação foi atacar os problemas na raiz. Conhecer a população e as suas dificuldades e mapeá-la para podermos atuar. Estar ali no centro do problema, para tratar e prevenir a doença antes que ela se instale (R23).

Procurava trabalhar com o enfoque de risco, mas em condição muito precária, porque a gente não tinha resposta. É preciso ter tempo de trabalhar com a questão epidemiológica (L25).

Os depoimentos revelaram como finalidade do PSF/DF a intervenção precoce frente aos agravos e riscos, mediante a oferta de ações de prevenção da doença para a população próxima da unidade demonstrando perceber a influência do modelo de ação programática e do modelo de vigilância à saúde estudados pelos autores nacionais (SCHRAIBER et al., 2000; TEIXEIRA 2003).

No entanto, diversas foram as limitações do PSF/DF para atingir sua finalidade: a baixa cobertura, a falta de recursos humanos qualificados, precárias condições de trabalho das unidades e o uso político da proposta:

O programa foi feito para resolver a demanda excessiva da atenção médica e esvaziar o hospital. Não esvaziou porque não tem resolutividade na maioria das equipes, e por que é muito pouco o número de equipes existentes. A cobertura foi de 6% não chegou a 7% a cobertura populacional desse programa. É muito pouco (L22).

Funciona quando o profissional é competente, bem treinado, tem disciplina e brios. É um profissional que vai se debruçar e desempenhar a função. Mas se tiver 50% de pessoas assim é muito, não tem (L22).

O nó crítico foi o perfil do profissional com sua formação tradicional. Também as condições de trabalho da unidade, sem equipamento. Submeter os profissionais a trabalhar em unidades e locais adaptados. (C21).

Foi usado para ganhar votos, mas nunca foi dado o real valor que ele merece. O programa teve um mau uso, algumas equipes funcionaram por causa do empenho pessoal dos profissionais, mas não era reconhecido (L21).

O perfil das famílias atendidas pelo PSF/DF era heterogêneo: bem pobres, desempregadas, sem segurança devido ao tráfico de drogas; em outras localidades bem informadas, proprietárias de suas casas e invasões; diferenças no grau de

informação sobre saúde; as famílias da área rural eram mais informadas do que as da área urbana e há diferença de perfil epidemiológico entre elas:

As famílias são heterogêneas, tínhamos lugares com casas boas, mansões de comerciante, e bolsões de pobreza. A equipe atendia tudo, desde quem tinha posses até aquele que não tinha. (R21).

A zona rural era mais bem informada que a zona urbana e tinha mais poder de cobrança do que a zona urbana. A cidade tinha Hospital e Centro de Saúde e as equipes urbanas ficavam em locais mais pobres, invasões, onde se encontrava muito problema de doença de pele, por causa da poeira, falta de água encanada, a rede de esgoto. A zona rural variava entre o pessoal hipertenso, diabético, as pessoas mais idosas. As enfermidades na zona rural, pelo que me lembro, eram menores. (R23).

Famílias bem pobres, poucas condições sanitárias no local onde moravam e boa parte desempregada. A falta de segurança era uma característica dominante também. Ouviam-se os fogos de artifício anunciando que a droga estava chegando. As equipes que estavam ligadas a essas áreas de menor segurança pública saíam às 16 ou 17 horas (R24).

Os profissionais demonstraram ter conhecimento sobre o objeto de trabalho. Revelou-se que existiam diferenças socioeconômicas entre elas que eram conhecidas pelos profissionais (R21) e que estas determinavam o processo saúde-doença das famílias que viviam em áreas urbanas ou rurais (R23), com poucas condições sanitárias, desempregadas e em situação de risco para sua segurança devido ao comércio ilegal de drogas (R24), entretanto a equipe PSF/DF atendia a todas e se adequava à realidade, inclusive com a alteração do horário de trabalho (R24).

O depoimento de R24 revelou a falta de segurança no local, coincidindo com a identificação de um problema real de outros municípios do país em estudo feito por Machado (2003). Essa autora verificou que, além da falta de segurança, os profissionais médico e enfermeiros do PSF tinham dificuldade e despreparo para conviver com o cotidiano difícil das comunidades carentes, onde a fome, pobreza e falta de saneamento básico estavam presentes.

O processo de trabalho do PSF/DF seguiu as etapas de implantação do programa preconizadas pelo MS (1994), ou seja, cadastramento, mapeamento dos riscos, planejamento local e execução do processo de trabalho:

Quando chegamos não conhecíamos nada, tinha que demarcar tudo (L22).

Os ACS faziam o cadastramento, se reuniam com a equipe para fazer um diagnóstico da área, de quem mais adoecem, quais são as pessoas de maior risco. Depois dessa discussão, eles partiam para a ação mesmo (R22).

Utilizávamos os mapas com alfinetes coloridos e cada cor representava algum tipo de agravo à saúde: hipertensos, diabetes, verminose, algumas hanseníase e assim por diante (R24).

Os depoimentos confirmam a utilização de instrumentos da territorialização para o reconhecimento da área e dos problemas, necessidades e riscos de saúde da população adscrita. Os mapas inteligentes foram confeccionados para a apropriação do território e da definição das microáreas. Esse instrumento foi destacado como importante para o desenvolvimento do processo de trabalho, conforme resultados de outros estudos sobre as mudanças das práticas e do modelo de atenção da AB (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2003; PAIM, 2003).

A demarcação do território e das microáreas era definida pelo quantitativo de família para cada equipe, contudo esse critério não era bem compreendido pela população, como afirmou R21:

Todas as famílias cadastradas nessas equipes estavam num raio aproximadamente de dois quilômetros da unidade, e, quando chegava a mil famílias, o cadastramento era encerrado. Ficou difícil porque uma determinada família não entendia porque ela morava do outro lado da rua e não era atendida pelo programa. Ela morava perto, encostada e não estava sendo cadastrada (R21).

O depoimento demonstrava que esse problema estava relacionado à baixa cobertura e ao desenvolvimento do programa, que pulverizou equipes em algumas áreas das cidades-satélites do DF. Essas características do PSF/DF contribuíram para seu pequeno impacto na mudança das práticas de saúde na atenção básica, na organização dos serviços e no modelo assistencial do período.

Fica constatado que no primeiro ano do projeto, 1999, todos saíam juntos para trabalhar com a comunidade, confirmando o potencial do programa para a mudança do paradigma de saúde e do modelo de atenção à saúde quando adotou a família e a comunidade como um eixo central das práticas de saúde na atenção primária, coincidindo com as recomendações de Starfield (2004):

No primeiro ano foi tudo perfeito, a equipe saía junto da unidade para trabalhar com a comunidade e esquecia a visão hospitalocêntrica (L23).

Entretanto, nesse período o PSF/DF não se revelou como porta de entrada para o sistema de saúde e não causou impacto sobre o paradigma e o modo de

executar as práticas, principalmente porque houve redução no número de equipes, fato semelhante ao discutido em outros estudos realizados no país (PÜSCHEL, 2006; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; PAIM, 2001; BRASIL, 2003).

Para a prática da equipe de saúde bucal, o cadastramento feito não teve muita utilidade porque o ACS não tinha preparo para identificar as informações necessárias. O profissional referiu que foi preciso fazer um treinamento com os integrantes da sua equipe local sobre a coleta de dados específicas da saúde bucal, mas que isso não surtiu o efeito desejado. Percebeu a falta de orientação da equipe do PSF/DF sobre a prática de saúde bucal e sua "marginalização", causando insegurança para a realização do trabalho:

Detectamos que os ACS não sabiam preencher a parte da saúde bucal no cadastramento, os códigos para priorizar o atendimento. Muitas vezes eles não tinham nem coragem de pedir para a pessoa abrir a boca para olhar e decidir qual era o código. Era muito complicado explicar para os ACS semi-analfabetos, o que é uma prótese total, uma prótese parcial removível. Fizemos o treinamento e conseguiram melhorar um pouco. Mas para a odontologia os dados do cadastramento não tiveram nenhuma utilidade (L24).

As principais dificuldades encontradas pela equipe odontológica, além do cadastramento, foram: treinamento insuficiente para definir e delimitar a prática da equipe na AB, a falta de sua integração com a equipe local do PFS/DF e falhas na infra-estrutura das unidades:

A equipe do PSF/DF não foi orientada para receber a equipe bucal. Éramos marginalizados, discriminados dentro da própria equipe do PSF/DF. O governo quis inovar na odontologia, só que não tinha estrutura nenhuma. Desde o treinamento introdutório, ninguém comentou o que o dentista iria fazer, ninguém sabia, e ficamos completamente desorientados. Fomos para a equipe, para fazer o cadastramento, ficava sempre a dúvida: é para sair para fazer cadastramento ou é para ficar? É o ACS que vai fazer o exame bucal? Cada um começou a fazer o que dava na cabeça, achava que era para fazer isso, e fazia. (L24).

Não tínhamos condição de fazer todos os exames odontológicos das famílias cadastradas porque era um dentista para cada duas equipes do PSF, levariam dez anos. Não tinha nenhuma norma de conduta (L24).

A princípio, fazíamos mais visitas do que atendimentos, depois nos orientaram para fazer meio a meio. No final do programa, chegando perto da eleição, já não era mais para fazer muitas visitas, era para atender, porque, aí, ganharia mais votos, essas coisas assim (L24).

Ao contrário do período anterior, a saúde bucal não se integrou às equipes do PSF/DF e recebeu o dobro do número de famílias para ser seu objeto de trabalho. Essas duas mudanças dificultaram a realização da prática preventiva e a resolutividade da atenção.

Além disso, a prática de prevenção na saúde bucal não era bem recebida pela população que tinha a expectativa de receber assistência curativa aos problemas odontológicos, semelhante atitude foi encontrada no período anterior:

A população acha que o dentista é só para atender, a prevenção é difícil. Era um absurdo o dentista ir a escolas fazer palestras. Tinha que estar na unidade tapando o buraco do dente (L23).

Dentro do processo de trabalho do PSF/DF, o planejamento local era feito em reuniões semanais a partir dos dados coletados, que subsidiavam a organização do trabalho e das práticas que seriam desenvolvidas, mas esse procedimento não era valorizado pela equipe Central:

A equipe da unidade fazia reunião semanal para o planejamento da próxima semana. Isso era importante só para a equipe local, pois alguns dados ajudavam na sua organização, mas não eram passados para nossa Coordenadora Regional. Na prática, eles não davam valor, nunca foi dado valor para isso. Mas eu acho isso primordial para a linha de funcionamento da unidade (L23).

Alguns profissionais percebiam que o critério adotado para a priorização de práticas de saúde baseava-se apenas na orientação da Coordenação Central:

A cultura do Coordenador Geral do programa é que vai pressionado e levando a prioridade da prática (L22).

Era o que a comunidade precisava, não o que estava preconizado (L23).

Identifica-se a presença de um grande problema das práticas de saúde na atenção primária e da produção dos serviços de saúde, que oscila entre intervenções sobre as reais necessidades da população ou a intervenções sobre problemas contidos nessa realidade, que podem ser atendidos no momento pelas ações programáticas ou pelas tecnologias existentes na unidade em termos de meios, instrumentos e agentes do processo de trabalho (MISHIMA et al., 1997). Muitas vezes a necessidade percebida pela população não coincide com aquelas priorizadas pela equipe de saúde para a organização da produção dos serviços.

As práticas desenvolvidas no PSF/DF eram realizadas tanto na unidade como nas residências e na comunidade; o conteúdo das práticas era clínico e epidemiológico; e as mais frequentes eram a consulta (médica, de enfermagem, odontológica e do assistente social), visita domiciliar, mutirões e orientações educativas seguindo a orientações programáticas do MS semelhantes às desenvolvidas pelos Centros de Saúde.

Em relação à consulta médica, observou-se a utilização de tecnologias leves como descritas por Merhy (1999, 2006). O profissional se preocupava em escutar o paciente para fazer a avaliação da sua situação de saúde. O conteúdo da consulta era diferenciada pelo conhecimento que o profissional tinha das condições de vida e da realidade social das famílias:

Sou clínica, então, quando recebo um paciente pergunto se está com problema com seu marido, com problema em casa, se tem dinheiro para comer, se o filho está usando drogas. O clínico escuta o paciente, essa é a conduta clínica. Mas essa não é a postura de 90% dos médicos da Assistência Básica (C22).

A partir do momento que sei que aquela criança sofre violência na residência, e ela chora no meu consultório, não vou ficar brava com ela, porque sei que não é manha, então abordo de forma diferente. Essa é a diferença, só quem trabalha no PSF/DF sabe a diferença que é para a comunidade. (R21).

Percebe-se a presença da escuta na prática médica como instrumento para avaliar a vulnerabilidade a que está exposto o sujeito, objeto da sua prática. Para tanto é necessário compartilhar com o usuário a narrativa e a análise do "risco decorrente de comportamentos subjetivos, culturais e outros originados no contexto socioeconômico", conforme recomendação de Campos (2006).

Segundo a reflexão de Ayres (2006) sobre a vulnerabilidade, são três as suas dimensões nas ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde: individual, social e programática. A vulnerabilidade individual refere-se aos valores, crenças, medos, desejos, redes de apoios e relações interpessoais dos indivíduos com a família, trabalho, vizinhos e amigos; além da situação material de sua existência. Na dimensão social, a vulnerabilidade se expressa pelas normas sociais, referências sociais e culturais nas relações de gênero, raça/etnia, gerações, o acesso à saúde, educação, trabalho, cultura, lazer, justiça, esporte, mídia; a participação política e a cidadania; condições de emprego e salário; liberdade de pensamento e expressão, estigmas e discriminação sociais.

Na dimensão programática da vulnerabilidade, o autor identificou as políticas de saúde enfatizando a governabilidade, sustentabilidade, o controle social e as articulações multi e intersetoriais, assim como as características da organização tecnológica da produção dos serviços. Para esse autor (AYRES, 2006), a análise da vulnerabilidade permitiria compreender os aspectos da vida das pessoas e das pessoas que determinam sua capacidade de se tornarem mais ou menos suscetíveis às doenças, agravos ou morte.

Assim, verifica-se que houve iniciativa de alguns profissionais do PSF/DF na utilização desse conceito para modificar a prática e o modelo de atenção, mas não foi um eixo central da proposta.

Todavia, durante o desenvolvimento do projeto, alguns médicos apresentavam dificuldade em cuidar dos usuários utilizando dispositivos mais humanizados e mantinham sua postura tradicional de permanecer na unidade para receber os pacientes da comunidade para a realização da consulta médica como recomendado por pesquisadores do tema (ELIAS et al., 2006; GOULART, 2002; SOUZA, 2002; VIANA et al., 2002). O depoimento a seguir reflete essa problemática no PSD/DF:

Tivemos muita dificuldade com o profissional médico. Esse profissional não conseguia se compatibilizar com o trabalho, porque queria ficar na unidade atendendo como se tivesse em uma unidade de saúde comum. Quando chegavam às visitas domiciliares, os médicos não conseguiam se encaixar e pediam para sair (C21).

Os autores referem que a visita domiciliar permite que o planejamento e a execução do atendimento sejam mais adequados, além de desenvolver uma relação de confiança e intimidade com o paciente, favorecendo a humanização da atenção (BENEVIDES; PASSOS, 2005; PUCCINI; CECÍLIO, 2004). Para eles, a visita domiciliar é um instrumento de trabalho que utiliza conhecimentos da clínica para o exame físico e prescrição, e da epidemiologia para identificar os riscos ambientais e da residência (ALMEIDA et al., 1997; ALMEIDA FILHO, 1999; PAIM, 2003b), fatores que interferem no modo de vida das pessoas (AYRES, 2004b) e questões que não se encaixam nos protocolos dos programas e serviços de saúde (CAMPOS, 2006). Algumas dessas características da visita domiciliar foram comentadas pelos entrevistados como positivas para o processo de trabalho do PSF/DF:

Dentro da residência, o médico, o enfermeiro, o ACS e o dentista podem planejar um atendimento completamente diferente de um profissional do Centro de Saúde. E também a confiança e a intimidade com o paciente e a humanização do atendimento (R21).

O diagnóstico das necessidades das famílias era feito durante as visitas domiciliares. Media-se a pressão, perguntava-se quantas crianças, observava-se as condições sanitárias da residência e da própria rua e as queixas deles. Com o exame físico observava-se outras coisas que não faziam parte das queixas (R24).

Além do conteúdo clínico e epidemiológico, acrescentava-se o psicossocial para humanizar a prática do PSF/DF, indo ao encontro dos achados de Püschel et al. (2006) coincidindo com a afirmação de Pereira et al. (2005) de que a assistência domiciliar é um potente dispositivo para a revisão do conceito de processo saúde-doença-cuidado, em direção a um modelo assistencial comprometido em estabelecer relação acolhedora, marcada pelo compromisso e responsabilização pela saúde do usuário.

Em relação à visita domiciliar como prática da atenção básica e da ESF, o estudo de Zoboli e Fortes (2004) fez um alerta sobre as questões éticas envolvidas, pois os vínculos criados a partir da convivência contínua e da inserção da equipe no universo familiar traziam nuances de um velho problema da saúde, que é estabelecer os limites da relação com o usuário, a interferência da equipe no estilo de vida, prejulgamentos, coerção, desrespeitos do profissional para com o usuário e atitude do profissional frente aos valores da família. Tudo isso contribuindo para que essa reflexão seja feita pelos profissionais e famílias no cotidiano das práticas.

As ações programáticas eram realizadas de acordo com o preconizado pelo MS para a saúde da criança, adolescente, mulher, adulto, doenças transmissíveis e não-transmissíveis e DST, porque o cadastramento mostrava essa necessidade em decorrência do perfil epidemiológico da população e/ou era interesse da equipe, seguindo as concepções dos autores que se debruçaram sobre esse tema (SCHRAIBER, 2000; ALMEIDA et al., 1997). As práticas de vigilância epidemiológica também eram realizadas pelo ACS por meio da busca ativa de contatos e na identificação de novos casos de doenças transmissíveis:

Em cima do perfil do cadastramento é que eram realizados os planejamentos das ações, que acabam sempre caindo naquilo que o MS preconiza mesmo: a saúde da mulher, a saúde da criança, a saúde do idoso. Criávamos grupo de idosos, grupo de diabéticos, grupo de gestantes, do mesmo jeito que funcionam os programas dentro da SES/DF. Nós nunca fugimos disso (R21).

Conforme o interesse da equipe e baseado nas necessidades locais, outros programas poderiam ser implantados. Busca ativa para o programa de hanseníase, tuberculose, da raiva, infecção que poderia causar tétano. Como o PSF tem os ACS, era mais fácil detectar esses casos e os contatos, um familiar ou um vizinho, essa busca era mais bem feita. Quando o PSF identificava um caso novo, era comunicado à vigilância epidemiológica, que fazia o acompanhamento conjunto. (R24).

Verifica-se que nesse período também são desenvolvidas ações programáticas, que se manteve a separação entre as práticas de vigilância epidemiológica e as de vigilância sanitária.

O trabalho com grupos e as ações comunitárias eram práticas freqüentes no PSF/DF, tanto para a equipe mínima como para a equipe de saúde bucal, envolvendo os conteúdos preventivos e promocionais. Os participantes dos grupos eram provenientes dos atendimentos feitos nos programas básicos propostos pelo MS e da população de risco identificada na comunidade. As ações comunitárias eram desenvolvidas nas datas comemorativas do calendário nacional da saúde, como dia das mães, das crianças, dos namorados, em que o profissional buscava se integrar na vida social da população e em mutirões de saúde:

Sendo dentista do Programa, posso trabalhar com grupos de gestantes, hipertensos, DST. Porque não sou dentista de consultório (R21).

Orientação de grupo de hipertensos, diabéticos, até odontologia preventiva. Sempre tinham ações comunitárias, uma vez por mês tinha ação global junto com a regional e com a Administração da cidade. Participávamos de festas nos finais de semana, conseguíamos fazer com que a vida deles fizesse parte da minha, consegui bem esse envolvimento. Não sei se todos os funcionários tiveram essa experiência (R23).

Tentamos solucionar o problema das áreas não atendidas: fizemos mutirões de vacinação e atendimentos nessas áreas distantes. Estipulamos um dia da semana e levávamos toda a vacinação para a população naquele dia da semana. Levamos a equipe do laboratório para o Núcleo Bandeirante, porque tínhamos o apoio da Direção Regional para fazer a coleta uma vez por semana, de quinze em quinze dias. Coleta de exame de sangue, de hemograma, glicemia, teste de gravidez (R22).

Os profissionais perceberam que no trabalho do PSF/DF era necessário utilizar outros meios, instrumentos e saberes para atender às necessidades da população, dentre eles o lazer e a formação de grupos de geração de renda:

Nessa comunidade formamos um grupo de catadores de lixo, e com a reciclagem retornava dinheiro para comunidade (L23).

São trabalhos diferenciados, de lazer, porque não é só cuidar de doença. É muito importante a parte preventiva que era feita. Eles faziam café da manhã, dia das mães, dia da criança, então esse trabalho era feito e deve ser reconhecido (R23).

Segundo Peres et al. (2005), o lazer, o esporte e a cultura freqüentemente aparecem como um aspecto secundário das práticas de saúde nas comunidades onde a pobreza e a desigualdade social prevalecem. Entretanto, esse espaço lúdico

e prazeroso resgata a satisfação pessoal, a auto-estima, a sociabilidade e a pluralidade de círculos de convivência, o que promove a qualidade de vida e a prevenção das doenças.

Os profissionais das equipes locais comentaram que a efetivação das práticas individuais e coletivas, dentro e fora da unidade, dependia muito da equipe, do seu envolvimento e da afinidade do profissional com o programa:

Esse programa dependeu 100% do profissional que estava aqui na frente. Do compromisso e do envolvimento da pessoa que estava à frente. Só assim a equipe deslançava, porque era contagiada. Ela precisa ter afinidade com o programa (L23).

A saúde bucal organizava seu processo de trabalho em práticas de consulta individual, reuniões com pais sobre prevenção. Foi relatado que uma equipe não tinha consultório dentário e atuou somente nas visitas domiciliares; fato percebido pelo profissional como um descaso gerencial e gerador de conflito com a população:

Tinha um consultório odontológico fixo, na área rural, e a prioridade dada era para a criança. A população queria atendimento, cobrava isso, mas realizamos das ações preventivas: escovar os dentinhos, fazer reunião com os pais e não tivemos nenhum problema (L21).

Teve uma equipe de saúde bucal completa que ficou de 99 a 2003 sem consultório. Foi o cúmulo do descaso. Fizeram visita domiciliar durante quatro anos. Agora o povo na rua queria bater na dentista (L24).

A prática médica também incluiu a realização de procedimento cirúrgico, com pequenas suturas na área rural por falta de outro recurso de saúde nas proximidades:

Na área rural fazia-se sutura de pequenos ferimentos, extraíam-se pequenos tumores. quando chegavam na unidade. Enquanto isso os outros ficavam esperando. Eu pontilhava uma coisa simples. Não era nada complexo, não iria reduzir uma fratura exposta ali, no máximo era imobilizar e imediatamente transportar (L25).

A prática executada pelo ACS era marcada pela relação de confiança, humanização e proximidade com a comunidade, portanto relacionadas aos saberes culturais, afetivos, comunicativos e das relações humanas, próprios do acolhimento, vínculo e da produção de tecnologias leves nas práticas de saúde coincidindo com a análise das tecnologias leves feitas por Merhy (2006):

Uma moradora depositava toda a confiança no ACS, ela entrou em trabalho de parto de madrugada, foi para o Centro Cirúrgico e mandou chamar o ACS, exigiu sua presença de tanta confiança que ela depositou naquela pessoa. Que responsabilidade tem esse ACS dentro dessa comunidade, que força que ele tem, é uma coisa muito forte para a população (R22).

O ACS é mais confiante do que profissional. Essa é a diferença primordial, a intimidade, a confiança e a humanização (R21).

Apreendi com o ACS o jeito de ele ser e de se relacionar, com o técnico, com o enfermeiro, até com os Coordenadores de equipe. Apreendi também com moradores, pessoas mais velhas (R23).

Durante esse período, a equipe desenvolveu ações intersetoriais como instrumento de seu processo de trabalho:

Um colégio com alto índice de uso de drogas, então articulamos a igreja, o setor da escola, a Polícia Militar, reunimos e discutimos estratégias para melhorar isso e cada um fazia a sua parte (R22).

Com a Faculdade da Terra de Brasília cedendo o auditório para palestras aos estudantes das áreas que os ACS atendiam, de DST, de verminose, hipertensão, diabetes e outros temas de interesse. Também cederam farmacêuticos para colheita de exames de hemograma, de urina, exames de fezes. Parcerias com alguns laboratórios que cederam equipamentos para aferir pressão. A Universidade Católica de Brasília com a palestra. Lojas ligadas à instrumentação cirúrgica, também algum material que faltava. Escolas particulares e públicas nas campanhas de multivacinação. Igrejas cedendo os locais para palestras. Comerciantes locais para cederem a alimentação dos pacientes hipertensos que freqüentavam o programa e eram premiados com passeio à Água Mineral (R24).

Outra forma de parceria observada nesse período privilegiava a prática assistencialista com doações diversas à população:

Grupos filantrópicos, o próprio ICS mantinha a distribuição de leite e pão. O comércio ajudava com os brindes que seriam distribuídos nas atividades educativas. Eram premiações para atrairmos a população e passarmos as informações. Parceria com a escola, com produtores rurais que ajudavam com a doação de frutas, verduras e legumes. Havia parceria política, às vezes eram as mais fortes, através de Deputados Distritais, entravam com o dinheiro, camisetas, etc. (R23).

Como foi evidenciado pelos autores, as parcerias informais do PSF/DF refletiram as características discutidas por eles sobre a dualidade de sentidos dessa prática: por um lado, demanda esforços contínuos e episódicos para sua operacionalização porque não existe um protocolo firmado, por outro, facilita o trabalho local dando rapidez à articulação dos parceiros que estarão de fato presentes na execução das propostas, evitando trâmites burocráticos demorados que passariam pela máquina administrativa hierarquizada e centralizadora (JUNQUEIRA, 2000; PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Os profissionais responderam que a principal diferença entre o trabalho do PSF e das UBS era a adscrição da clientela cadastrada, a realização das visitas domiciliares que proporcionam o conhecimento da situação de saúde e de vida da população, o vínculo e a "intimidade", a complexidade de atender a pessoa e a realidade que se conhecia:

A diferença primordial do PSF/DF para o Centro de Saúde é a intimidade que temos com a família, saber se a criança tem algum problema em casa, se o pai é alcoólatra. Temos um contato íntimo na visita domiciliar, isso ninguém tira. O pré-natal, a saúde do idoso é o mesmo com o acréscimo das visitas domiciliares. Atender o idoso no nosso programa é ótimo, mas visitá-lo é mais completo, olhar sua comida, as condições que está sendo tratado pela família, se a sua aposentadoria é usada para sustentar quinze netos, por exemplo, é totalmente diferente. Portanto, o PSF/DF vai além de uma atenção básica do Centro de Saúde (R21).

O PSF vai à célula, na molécula, entender todas as relações, a complexidade de você detectar um câncer em alguém que você já conhece, pode ser uma relação tal qual uma relação como de pai para mãe, ou um vizinho, é diferente de você simplesmente "atendi lá um fulano que tinha câncer", ele passou e você nem se lembra do nome, só fala o "câncer". Essa é a diferença (L25).

No sistema baseado na ESF, você conhece a comunidade, a pessoa, não só o indivíduo enquanto número. Conhece cada pessoa pelo nome: fulano, beltrano, etc. O PSF é diferente: se eu chamar o Zadoqui Neto ele não vai conhecer, se eu falar de alguém que mora na casa 336 ninguém do Centro de Saúde vai conhecer, mas nós conhecíamos essas pessoas, essa é a diferença (L25).

O vínculo criado entre a equipe e as famílias e o acolhimento prevaleceram como diferenciadores das práticas do programa em relação às do Centro de Saúde, concordando com as análises dos autores que estudaram esse tema como uma potencialidade para a mudança do modelo de atenção à saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007; SCHIMITH; LIMA, 2004; GOMES, PINHEIROS, 2005).

Outros profissionais perceberam que havia poucas diferenças entre as práticas desenvolvidas no PSF e no Centro de Saúde: O trabalho da Unidade de PSF/DF e do Centro de Saúde é basicamente o mesmo. O trabalho é igual, tecnicamente é igual. São unidades básicas de saúde, do mesmo padrão, até pela própria classificação do MS (L22).

A única diferença é que a nossa comunidade é definida, e, a do Centro de Saúde, não, ele é obrigado a atender toda a área. A programação é a mesma do Centro de Saúde, a odontologia também é a mesma coisa. Há uma diferença na odontologia, a SES/DF dá mais ênfase à criança e o PSF/DF atende à família, não podemos excluir os adultos (R21).

O atendimento era igual, a única diferença é que a equipe se deslocava até o domicílio, e no Centro de Saúde não acontece esse deslocamento, aliás, o deslocamento é inverso, o paciente é que vai à unidade. E na unidade básica do PSF/DF, além de o paciente vir, o médico pode ir a casa dele (R22).

Uma dessas diferenças é a adscrição da população, que favorece maior aproximação dos serviços de saúde, o que facilita o acesso ao atendimento, bem como às informações à saúde. Nesse sentido, destaca-se a presença dos profissionais em domicílio, que favorece a criação do vínculo com a população, e o desenvolvimento de ações de saúde bucal para uma população que não dispunha desses serviços.

Confirma-se que, pela inadequação do planejamento das práticas e da organização dos serviços, houve falha na distribuição das unidades e na definição de seus papéis frente às necessidades e demandas da população. Também foi percebido que existiam dois sistemas de atenção básica "era o sistema do Centro de Saúde, e o sistema do PSF (L24)" caracterizando um modelo misto como foi em outros municípios do país, sobretudo nos primeiros anos de implantação do programa.

O Centro de Saúde atende toda a população da sua área de abrangência, vinte ou trinta mil pessoas. O PSF/DF atendia só uma parcela daquela população porque eram mil famílias cadastradas. Muitas famílias que estavam cadastradas no PSF/DF eram usuárias do Centro de Saúde, então ela era atendida pelos dois PSF e Centro de Saúde. Ainda havia famílias que não eram cadastradas no PSF/DF e também não tinham oportunidade de ser atendidas no Centro de Saúde, porque faziam parte daquela demanda reprimida (C21).

A busca pelo serviço do PSF e/ou do Centro de Saúde ficava do jeito que a população queria. Nós trabalhamos em cima de duplicidade de prontuários, porque o PSF achava que tinha que abrir um prontuário para ele atender: o prontuário da família que incluía todos os componentes. Só que essa família já tinha um prontuário também do Centro de Saúde, então era muito complicado (C21).

A pesquisa realizada por Elias et al. (2006) que comparou o PSF e UBS a partir da percepção dos profissionais, gestores e usuários encontrou que o PSF desenvolveu mais ações de atenção básica, estabeleceu mais vínculo com as famílias e trabalhou com o enfoque familiar e a orientação comunitária de forma mais intensa. Os relatos dos profissionais do PSF/DF mostram sintonia com o resultado desse estudo.

As potencialidades do PSF/DF foram a humanização, que beneficiou o usuário e o profissional, o resgate da cidadania e o despertar da importância da atenção básica:

O resgate do trabalho humanizado valeu muito, o elo entre a comunidade e os profissionais de saúde. Foi um ganho, não só para a comunidade, mas um ganho maior para os profissionais, que trabalharam com a humanização nesse programa (L24).

Só pelo fato de conseguir despertar a população para aos cuidados básicos já é uma semente plantada. O PSF/DF mexeu com a população, mudou alguns hábitos. Acabou orientando politicamente também, mostrando os direitos da população. Uma população bem orientada vai cobrar melhor a sua necessidade. É, como estratégia, o PSF/DF conseguiu tocar, despertar em grande parte da sociedade a importância da saúde primária, a atenção básica (R23).

A estratégia é para diminuir essa distância que tem entre médico, paciente, enfermeiro e paciente. É mais humanismo, o atendimento é outro, é outra vivência e é apaixonante (C22).

Criar vínculo com a população, isso é importante. Seis meses depois que saí do PSF já estava no hospital e tinha gente da comunidade atrás de mim. É uma gotinha no oceano, mas vejo que mudou o modelo porque houve a promoção da saúde das famílias (L21).

Na minha comunidade, muito câncer de colo de útero a gente evitou, muita criança de baixo peso a gente conseguiu cadastrar. Foram pequenas mudanças que conseguiram fazer diferença na nossa comunidade. A população aprendeu a cobrar as coisas erradas (L23).

Contudo o depoimento de um dos profissionais revelou que ainda não existia um contexto favorável à mudança do modelo de atenção, em parte pela atitude e pela falta de preparo dos profissionais aliadas à cultura hegemônica de atenção à saúde instalada na população:

Só precisa ver se as pessoas estão preparadas para mudança, e se o próprio profissional de saúde está preparado para mudança. Vou dizer que dos três níveis superiores que trabalham numa equipe do PSF/DF o único profissional que está mais preparado é o enfermeiro porque tem uma visão do todo. O médico fragmenta demais o paciente. Não sei se por medo é que o médico não cria muita intimidade com a comunidade. A cultura da população ainda é a de que o enfermeiro tem que fazer pré-natal, que o médico tem que medicar e que o dentista tem que fazer obturação (R21).

Essas opiniões refletem a contradição existente no cenário de operacionalização das propostas e ideários de mudança do modelo de atenção propostos pelo ESF. As conquistas do movimento de reforma sanitária do país forçaram a mudança paradigmática da saúde tanto nos aspectos jurídicos e organizacionais, como nas práticas e na gestão em saúde; e a ESF caminha na mesma direção, reafirmando suas características de movimento cujas raízes estão na "contramão" da história, como uma proposta contra-hegemônica ao sistema de saúde e ao modelo de atenção em saúde (CONH, 2005; ESCOREL, 2005; PAIM, 2006).

4.3. PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL (2004-2006)

4.3.1. GESTÃO POLÍTICA DO FS

O Programa Família Saudável (FS) surgiu após a extinção do PSF/DF (2003) devido às irregularidades que foram detectadas pelo Ministério Público (MP) e o Tribunal de Contas do DF (TCDF) em relação à parceria com o ICS.

Era o início do segundo mandato do Governador e havia um grande questionamento quanto à atuação e a inconsistência do PSF/DF. Começou uma pressão do Ministério Público para que o Governo encerrasse as atividades do PSF/DF, tendo o parecer do Tribunal de Contas que apontava inconsistência na contratação de pessoas pelo ICS (C33).

Segundo Gohn (2004), as Promotorias Públicas e o Ministério Público ganharam força na fiscalização e vigilância dos novos contratos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) do terceiro setor para a execução de projetos que integravam as políticas públicas a partir de 2000.

Esses novos modelos de gestão e parcerias com o terceiro setor eram alvo de atenção do governo federal por se configurarem como um novo processo dentro da produção dos serviços de saúde.

Verifica-se que houve a tentativa de modernização da gestão da SES/DF com a adoção de um novo contrato de gestão com uma OSCIP, seguindo as tendências conjunturais para o mercado de trabalho em saúde (NOGUEIRA, 2003) e para a participação da sociedade civil no setor público (GOHEN, 2004).

Assim, em 2003, abriu-se o processo licitatório para selecionar a organização responsável pela execução da atenção à saúde da família. Venceu o edital a Fundação Zerbini (FZ). Assim, a partir de outubro de 2003 a SES/DF estabeleceu parceria com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), a Fundação Zerbini (FZ), que passaria a trabalhar "na lógica da relação com o terceiro setor" e como "executora de um programa estabelecido, acompanhado e avaliado pela SES/DF" (GDF/SES, 2004).

O termo de parceria da SES/DF com a FZ, assinado no início de outubro de 2003, previa o término para dezembro de 2006. Entretanto, a FZ deixou de ser uma OSCIP e, em 11 de fevereiro de 2005, assim sendo, foi necessário rever as relações institucionais e transformá-las em Convênio (n. 001/2005) com a SES/DF com o mesmo objetivo de executar o Plano de Conversão da Atenção Básica do DF e projetos a ele vinculados, notadamente o FS, isto é, atender a população urbana, rural, penitenciária e de saúde mental. Houve dois Termos Aditivos ao convênio até o encerramento das relações entre as duas instituições em setembro de 2006. A síntese cronológica da vigência dos instrumentos de parceria entre a SES/DF e a FZ foi a seguinte: Termo de Parceria: com vigência de dezembro de 2003 a dezembro de 2006; Convênio: com vigência de 11/2/2005 a 10/8/2005; Primeiro Termo Aditivo ao convênio: 11/8/2005 a 30/7/2006; e, Segundo Termo Aditivo ao convênio: 31/7/2006 até 30/9/2006

Os entrevistados do FS comentaram sua percepção sobre o período de vigência do termo de parceria e do contrato da SES/DF com a FZ e sobre a repercussão no desenvolvimento do programa:

A FZ era uma OSCIP e ficou como parceira contratada durante um ano e pouquinho. Quando deixou de ser OSCIP, o Ministério Público exigiu que ela saísse porque não era permitido fazer uma parceria com uma empresa privada. Nessa época foi feito um convênio com a anuência do Ministério Público, mas ficamos sem contratar profissional durante um bom tempo. E mudamos a parceria de contrato para convênio por determinação e com a

anuência do Ministério Público. Foi celebrado um convênio, que venceu no final do ano passado (2005). Foi feito só mais um adendo a esse convênio para que a SESE/DF fizesse a passagem desses profissionais para a SES/DF efetivamente, por meio de concurso, tudo como se fosse servidor público da Secretaria (C31).

Na percepção do profissional da FZ, esses fatos interferiram no programa, pois houve descontinuidade na contratação, diminuição no ritmo de implantação das equipes e conseqüentemente na efetivação do plano de conversão do modelo de atenção:

Tivemos muita interrupção no programa por conta de questões jurídicas. Começamos o programa em fevereiro de 2003, em setembro tivemos o Tribunal de Contas do DF (TCU/DF) interrompendo o programa. Paramos de contratar os quase 400, 500 ACS para o PACS porque foi quando iniciamos a montagem e funcionamento de algumas equipes FS e PACS. Nós tivemos nesse tempo, até dezembro de 2004, um Termo de Parceria que depois mudou para Convênio até 31 de julho e ele foi prorrogado até 30 de setembro de 2006. E a SES/DF se organizou para assumir (C34z).

Diante dos depoimentos apresentados, verificou-se que a passagem de "termo de parceria com OSCIP" para "convênio com entidade privada" gerou conflitos jurídicos, pois a forma legal seria um contrato, e não um convênio, e na verdade ele não existiu. O Ministério Público pressionou a SES/DF para assumir a estratégia, o que ocorreu no final de 2006, conforme depoimento do profissional:

O Ministério Público e o TCDF deram "um basta", exigiram o concurso, e se não fizesse iria parar. Como é uma regressão muito grande parar o programa, a SES/DF tomou atitude e começou a contratar. Abriu concurso só para médico específico para o PSF, os enfermeiros e auxiliares que havia foram chamados, abriram um concurso novo para enfermeiro. Essa passagem está acontecendo, está sendo dolorosa, mas acho que vai ser uma coisa definitiva, tornar o programa efetivo da SES/DF (C31).

Outro profissional avaliou os embates existentes nas relações estabelecidas entre a SES/DF e a FZ:

No início com a FZ foi uma lua-de-mel. A GEARI se aproximou, fizemos o elo, prestamos informações. Quando a FZ viu que não íamos abrir mão do nosso papel de avaliar os resultados e impactos, e o SIAB, começaram os problemas. Porque foi dado à FZ muito poder. Foi dada a função de gerir o programa como um todo, que era uma função paralela a nossa e aí começaram os embates tanto no nível regional como no nível central (C32).

Verifica-se que houve disputa de poder entre a Gerência do FS da SES/DF e a FZ durante o processo de desenvolvimento do projeto, sobretudo em relação à avaliação dos resultados e alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB). O monitoramento do SIAB representa um espaço de poder porque é por meio de sua alimentação que os recursos do programa são repassados pelo MS,

porque ele revela a produção dos serviços, ou seja, a situação das equipes implantadas, das ações e serviços realizados, da cobertura populacional e dos indicadores de saúde, constituindo-se em um poderoso instrumento de avaliação quantitativa do programa, portanto uma atribuição e responsabilidade do gestor.

Os depoimentos dos profissionais da FZ revelam que não houve discussão a respeito da conversão da atenção básica, assim como sobre os critérios de implantação das equipes, as responsabilidades, papéis, atribuições profissionais, protocolos e normas:

Não houve uma discussão do projeto que gerasse uma hegemonia dentro da SES/DF e da DIESF em relação à proposta e ao Plano de Conversão. As responsabilidades também não estavam bem estabelecidas. O papel normativo era da SES/DF, mas não havia normas atualizadas e nem protocolos em relação à execução das ações e de procedimentos. As equipes tinham muitas dúvidas, disputas dos espaços profissionais, as atribuições e competências profissionais (C35z).

Não houve uma mediação com as outras áreas da SES/DF que divergiam não só na execução, como também dos lugares que estavam sendo implantadas as unidades. Não havia essa articulação da Zerbini com a SES/DF, e entre as diversas Diretorias da SES/DF entre si. Para a FZ cabia a parte gerencial. Tínhamos algumas divergências em relação aos modelos, mas não discutimos (C34z).

Ademais, Merhy (1999, 2003) referiu que há uma diferença entre uma proposta escrita e sua efetivação na prática, porque no espaço institucional as relações estabelecidas também são subjetivas e intersubjetivas, na dinâmica da micropolítica do poder, abrindo a possibilidade para as tecnologias leves e leves-duras se façam presentes.

Identifica-se que sob um novo modelo de contrato de gestão, a SES/DF seria apenas a reguladora do processo de produção do serviço e responsável pela avaliação dos resultados e das metas (GOHN, 2004), assumindo sua real função. Percebe-se também que havia uma forte tensão entre os poderes instituídos na SES/DF e as novas relações com a parceira do terceiro setor (MERHY, 1999), que não houve a possibilidade de se realizar uma gestão compartilhada entre a SES/DF e a FZ nos termos propostos por Campos (2003), seja pela condição jurídica da FZ, ou pelas forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente dentro da SES/DF, o que dificultou a implantação do projeto de conversão do modelo de atenção e do FS.

A elaboração do projeto Programa Família Saudável – plano de conversão da atenção básica (GDF/SES, 2004) – ficou a cargo de um grupo de executivos do nível

central da SES/DF indicados pelo Secretário de Saúde e seguiu as diretrizes do MS para a estratégia nacional. Segundo o relato dos participantes, a elaboração do plano de conversão iniciou-se em março de 2003, houve discussão da proposta com as Gerências da SES/DF e os Diretores de Regionais de Saúde até junho e foi criado um site na SES/DF para colher sugestões:

O Secretário de Saúde determinou que se elaborasse um projeto para a organização da Saúde da Família dentro do modelo proposto do MS, valorizando e priorizando a formação das equipes e fundamentado em critérios epidemiológicos. Constituímos um grupo de trabalho, coordenado pelo Dr. Milton Menezes. Tínhamos discutido durante o período de março a junho de 2003 com os vários segmentos da SES/DF: gerências, diretores de hospitais através de reuniões semanais na SES/DF para opinar e dizer como seu núcleo poderia se inserir dentro desse projeto. Explicávamos também quais eram as linhas programáticas desenvolvidas pelo MS para ver como cada Gerência da SES/DF podia se encaixar. Disponibilizávamos no site da SES/DF um espaço para sugestões (C33).

Para Fortuna et al. (2002), a decisão sobre um projeto pode se dar como uma plataforma de campanha, como resultado das reivindicações da comunidade ou por um grupo de técnicos baseado em critérios demográficos e/ou epidemiológicos. Percebe-se que no caso do FS a decisão sobre o projeto foi tomada por um grupo técnico designado pelo Secretário de Saúde que elaborou a versão original. Esta foi apresentada aos gerentes da SES/DF e diretores das regionais de saúde, ou seja, à equipe central e regional, também se criou um site na SES/DF para receber sugestões. Ademais, destaca-se que havia falta de articulação da FZ com outras áreas da SES/DF.

O Conselho de Saúde do DF aprovou o projeto em 2003, mas não participou de sua elaboração e da definição dos locais das equipes. Segundo os relatos dos profissionais, era frágil a atuação do Conselho Distrital e Regional no controle social do FS:

Não vi participação do Conselho na elaboração do FS. O Conselho aprovou o projeto, mas não participou da definição dos locais estabelecidos para implantar as equipes e nem a comunidade se envolveu. A definição dos locais foi feita pela equipe técnica, priorizando onde não tinha assistência à saúde (C31).

A participação do Conselho de Saúde do DF não foi diferente do que ocorria no contexto nacional. Para Gohn (2003), os Conselhos de Saúde tinham pouca atuação na elaboração de projetos técnicos de produção da saúde, portanto reconheceu-se a necessidade de se qualificar e capacitar os conselheiros para suas funções visando construir a crítica propositiva no seu interior. Labra (2005) comentou

que a maior parte das reuniões dos conselhos é utilizada para a discussão de assuntos internos, "sendo raros os debates de temas substantivos", geralmente o papel do conselho é o de aprovar os planos de saúde, orçamentos ou relatórios de gestão, situação semelhante parece ter ocorrido no DF com o plano de conversão da saúde.

Sobre os recursos financeiros para o programa, um entre os entrevistados do FS revelou que no período de 2003 a 2004 havia recursos do GDF para a execução do programa. Houve falta de repasses do MS por problemas com o SIAB.

Para a implantação do PSF em 2003, 2004, não tivemos dificuldade financeira de recursos. Mesmo se o MS não repassasse, o GDF repassava recurso (C33).

Posteriormente, em início de 2004, com a implantação do SIAB houve a regularização do pagamento pelo MS.

Foi em março de 2004 a implantação do SIAB e em junho começa a ter o cadastro dentro do MS e em agosto começam os repasses de acordo com o número de equipes cadastradas dentro do SIAB. Com a alimentação dos dados do programa, o MS reconheceu e começou o repasse regular. Esperávamos uma verba muito maior do que a anunciada e a prevista, mas foi a verba possível (C33).

Os recursos financeiros do FS repassados à FZ cobriam as despesas com insumos e eram controlados pela SES/DF mediante a prestação de contas apresentada, como relatou um dos entrevistados da equipe central da SES/DF:

Os recursos para cobrir as despesas com insumos (equipamento, material, mobiliário, medicamentos, substância, motorista, transporte) vinham do GDF. A FZ apresentava a prestação de contas dela, era analisada internamente pelo setor de auditoria e pelo setor contábil e operacional e pela própria DIESF, que era uma diretoria muito forte. E o GDF passava os recursos para a FZ (C33).

Nesse período foi criada uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação do FS na SES/DF composta por um membro do Conselho de Saúde do DF, um da SES/DF e um da FZ. A Comissão analisava a prestação de contas dos produtos e dos recursos gastos e apresentava relatório para o Conselho de Saúde do DF. O depoimento do profissional da FZ revelou, também, que nas reuniões dessa comissão também eram feitos os ajustes da proposta inicial para viabilizar o desenvolvimento do projeto:

Fomos mudando essa proposta em consonância com a SES, nas reuniões de avaliação, onde participava uma representante da SES, uma da comunidade, um do Conselho de Saúde (C34z).

A estrutura da SES/DF para o FS permaneceu a mesma do Governo anterior. Houve mudança de Secretário de Saúde e de Diretores da DIESF, entretanto, a equipe técnica das Gerências permaneceu a mesma na maior parte do tempo:

Em relação ao programa, digo que apesar das mudanças no alto escalão da SES/DF a equipe técnica, intermediária, de planejamento, acabou permanecendo. E isso foi positivo para o crescimento do programa. Contribuiu para a SES/DF tomar a decisão de contratar os profissionais por concurso público (C31).

A mudança de Diretores na SES/DF interferiu no desenvolvimento do programa porque havia necessidade de se explicar ao novo dirigente o funcionamento e desenvolvimento do projeto até a etapa atual:

De fevereiro de 2004 até setembro de 2006 foram três executores diferentes na SES/DF. Nessa época mudou o Diretor da DIESF em setembro de 2004. Até ele entender o processo e administrar a crise pelo fato do TCU/DF ter bloqueado o programa, levou um tempo. Em abril de 2006 entrou a nova Direção do DIESF. Tínhamos selecionado os médicos e os ACS, mas essa nova Direção abortou o processo. Ficamos pendurados com mais de 300 ACS aprovados sem contratação e as equipes incompletas com enfermeiros trabalhando há mais de um ano (C34z).

Observa-se que é recorrente a disputa de poder entre a FZ e a SES/DF sobre o FS. Por outro lado, o objetivo da FZ era implantar a equipe e impulsionar o funcionamento do programa, as mudanças de diretor dificultavam o processo e criavam a necessidade de se esclarecer os motivos "da crise" para que ele pudesse administrar.

Por outro lado, a estrutura da FZ para o FS permaneceu a mesma durante todo o período do desenvolvimento do FS e com as mesmas pessoas na composição da equipe central:

Uma Diretoria Técnica e uma Diretoria Financeira, e o executor do programa ficou sendo o Superintendente da FZ em Brasília. Dentro da Diretoria Técnica responsável pela implantação existia um Gerente de Coordenação dos Supervisores para organizar toda essa rede que foi formada nas regionais. E na Diretoria Financeira ficaram a Gerência de Recursos Humanos, Gerência Administrativa e a Gerência Financeira, prestação de contas, contas a pagar e a receber (C34z).

Identifica-se que na estrutura da FZ foi privilegiada a composição da equipe encarregada dos insumos, e para as questões técnicas foi composta apenas uma gerência encarregada da supervisão.

Verificou-se que no trajeto da implantação do FS o projeto sofreu mudanças, houve pressão sobre as bases jurídicas que o sustentavam, e tanto a FZ como a SES/DF sentiram os efeitos e buscaram novos rumos e alternativas para superar os

problemas. Em algumas situações tiveram êxito, mas em outras não, e o resultado foi a implantação de equipes incompletas, critérios de implantação obscuros e divergentes da proposta inicial e a gerência do "possível improvisado".

Outra questão que não estava prevista era a dos carros. A Zerbini abriu uma licitação e contratou uma empresa para transportar os profissionais durante dois anos e meio de programa. Tínhamos unidades distantes 60, 70 quilômetros da sede da Administração Regional até essas unidades. Na área rural tínhamos microáreas distantes de 10 até 30 quilômetros umas das outras. O orçamento foi modificado também (C34z).

O Plano de Saúde de 2004 – 2007 incluiu o FS na sua proposta "para a expansão e o aprimoramento das ações do PSF", com o objetivo de "fazer a conversão do modelo de atenção à saúde no DF", (GDF/SES, 2003). Nesse plano de saúde o modelo assistencial é descrito pelas planilhas padronizadas tanto para a atenção à saúde conforme o planejamento plurianual. Se, por um lado, o projeto de conversão da saúde foi um documento denso, sua inserção no plano de saúde é modesta e se equipara aos demais programas. Para analisar a proposta de modelo de atenção à família, o Projeto de Conversão mostrou-se mais apropriado (GDF/SES, 2004).

O projeto do FS constituiu-se em um documento próprio, extenso e denso contendo uma análise detalhada da trajetória do sistema de saúde do DF e da situação de saúde da população do DF. Avaliou as experiências do SC e do PSF apontando as necessárias mudanças e foi apresentado como um plano de conversão da atenção primária à saúde, reconhecido pelo plano de saúde para o período (GDF/SES, 2004). O objetivo do projeto do FS (GDF/SES, 2004) era buscar a qualidade, equidade e integralidade das ações para o modelo de atenção à saúde no DF:

Busca pela saúde integral, para a redução das iniquidades setoriais, a promoção da base sanitária para o desenvolvimento local integrado e sustentável, o fortalecimento da participação social, a qualificação das políticas públicas locais e sua adequada execução, o efetivo processo de descentralização da gestão e da execução das ações de saúde, a incorporação da promoção da saúde na agenda do desenvolvimento local em conjunto com os demais equipamentos sociais. Enfim, para a reorientação do sistema e dos serviços públicos de saúde objetivando sua adequação local e a verdadeira qualidade de vida da população., (GDF/SES, 2004).

Identificam-se no projeto elementos do modelo de vigilância à saúde e de promoção da saúde: base territorial, saúde integral, equidade, atuação intersetorial,

políticas públicas afirmativas para o desenvolvimento local e participação da comunidade (BUSS, 2002; TEIXEIRA, 2002, 2003).

A proposta do FS apresentava o perfil epidemiológico da população, as mudanças ocorridas na pirâmide populacional do DF, indicadores sociais, de renda e trabalho, escolaridade, saneamento do DF, assim como um histórico sobre o modelo de organização e gestão do sistema de saúde distrital compondo um arsenal de justificativas para a priorização de ações de atenção básica (GDF/SES, 2004). O FS apresentou-se como uma estratégia para o desenvolvimento de uma nova forma de se produzir saúde no DF dentro de um projeto de conversão da atenção primária à saúde para "além das unidades básicas de saúde", segundo texto do projeto original (GDF/SES, 2004).

Nesse período houve uma nova regionalização da assistência à saúde no DF em sete Regiões de Saúde compostas por três Módulos de Referência e dois Pólos de Referência Distrital (GDF/SES, 2004), conforme pode ser verificado no Quadro 3 e na Figura 6.

Quadro 3 – Regionalização da Assistência à Saúde no Distrito Federal – 2003

REGIÃO SAÚDE	DE	MÓDULO 1	MÓDULO 2	MÓDULO 3
SUDOESTE		Samambaia – Sede de Módulo e Pólo Regional Referência para Recanto das Emas e Riacho Fundo		
SUL		Gama – Sede de Módulo e Pólo Regional Referência para Santa Maria		
LESTE		Paranoá – Sede de Módulo e Pólo Regional Referência para São Sebastião		
NORTE		Sobradinho – Sede de Módulo e Pólo Regional	Planaltina – Sede de Módulo	
OESTE		Taguatinga – Sede de Módulo e Pólo Regional	Ceilândia – Sede de Módulo	Brasília – Sede de Módulo
CENTRO-NORTE		Brasília (Asa Norte) – Sede de Módulo e Pólo de Referência Regional e Distrital Referência para Lago Norte e Cruzeiro		
CENTRO-SUL		Brasília (Asa Sul) – Sede de Módulo e Pólo de referência Regional e Distrital Referência para Lago Sul	Guará – Sede de Módulo Referência para Núcleo Bandeirante e Candangolândia	

Figura 6 – Mapa da Regionalização da Saúde no Distrito Federal – 2004

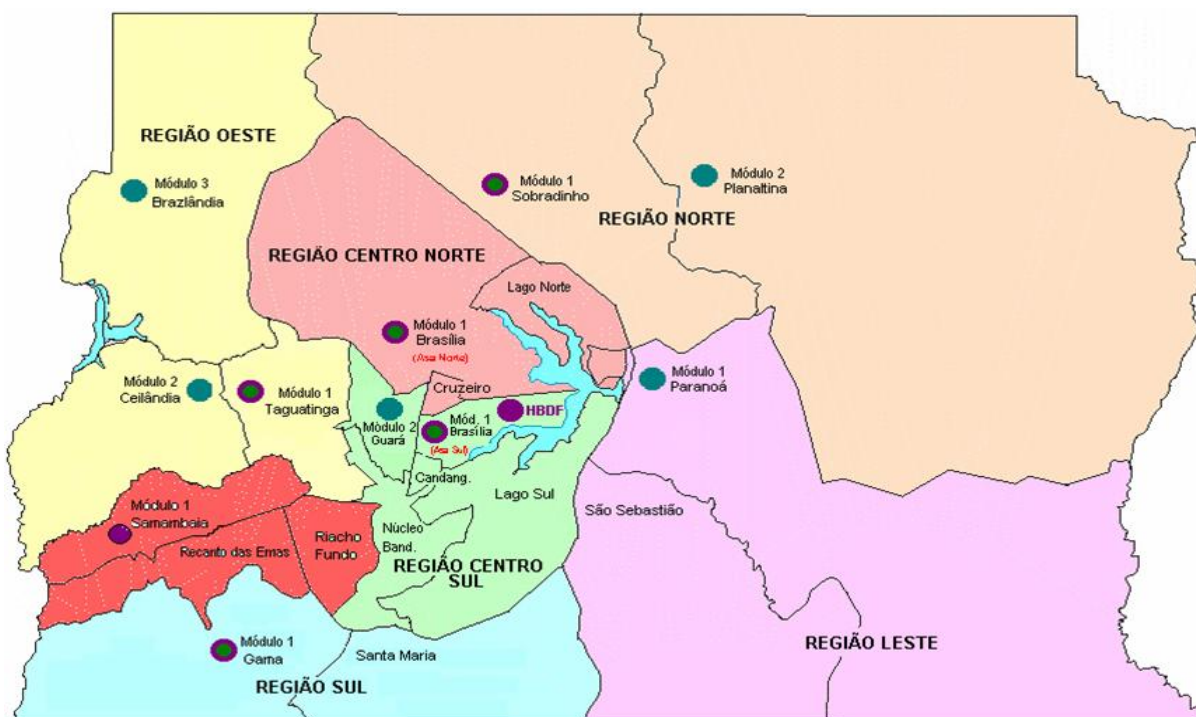
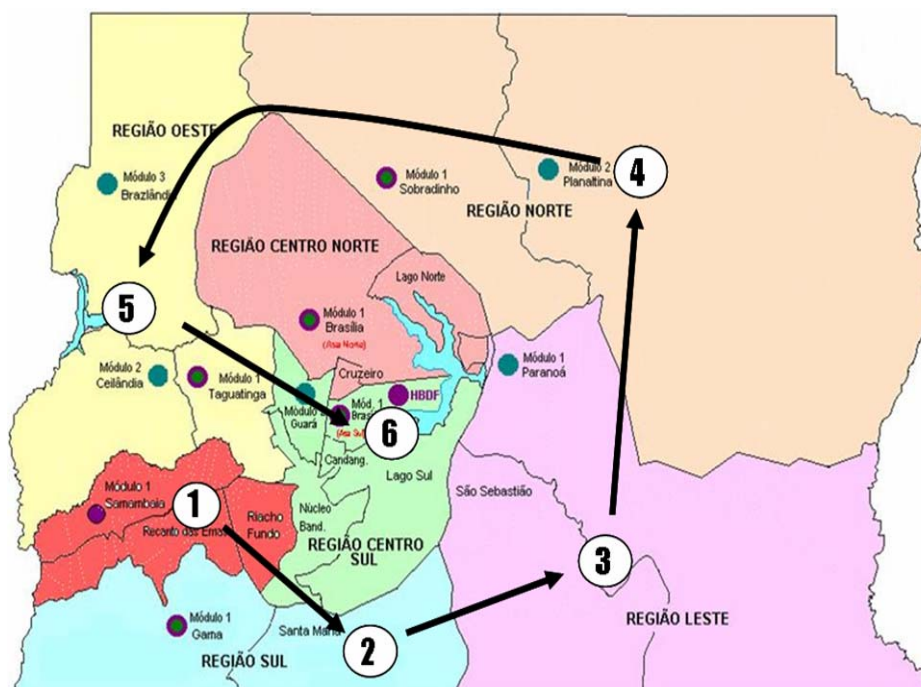


Figura 7 – Eixo de expansão da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal – 2004



Previa a criação inicial de 112 equipes FS, sendo 26 rurais e 86 urbanas "visando dar cobertura próxima de 100% nas áreas rurais e áreas de risco não trabalhadas pelos Centros de Saúde", (GDF/SES, 2004) e a meta era atingir a implantação de 315 equipes seguindo a orientação em caracol. Caracterizou-se como uma política focalizada na área rural e na população desassistida por serviços de atenção básica e pobre (COHN, 2005; GIOVANELLA, 2003; CONIL, 2002; MERHY; FRANCO, 2001; MERHY, 2001).

A implantação do FS seria iniciada nas regiões periféricas do DF, expandindo em direção à região central formando um desenho de caracol (Figura 7). O ponto de origem seria na Região Sul – Gama – com equipes atuando no Recanto das Emas, Riacho Fundo e Samambaia, seguindo para Santa Maria e Região Leste (Santa Maria e São Sebastião), Região Norte (Planaltina), Região Oeste (Brazlândia, Ceilândia e Taguatinga) e finalmente para a Região Centro-Sul e Centro-Norte. Para as Asas Sul e Norte seriam desencadeadas discussões técnicas com a finalidade de elaborar as atividades e a composição das suas equipes do FS em decorrência de haver uma concentração de unidades de saúde e características populacionais de perfil socioeconômico e de saúde diferentes das demais áreas do DF, (GDF/SES, 2004).

Os entrevistados afirmaram que a implantação das equipes começou pela área mais distal do Plano Piloto seguindo o novo plano de regionalização, entretanto, imprevistos como infra-estrutura, contratação de profissionais e hantavirose impediram que se continuasse seu curso original:

Seguimos o Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), por região de saúde: começaria pelo eixo sul – norte, o centro-sul. Mas surgiu a hantavirose em São Sebastião, que mudou o planejamento e o terminou, fazendo com que o plano todo fosse por água abaixo. Começou a pulverizar tudo de novo (C32).

Exigiu um ambiente físico dentro das normas do MS de higiene, com três banheiros (usuários, deficientes e profissionais) em cada unidade que atenderia oito mil pessoas. Não havia previsão de um edifício público para cada agrupamento de oito mil pessoas e era difícil encontrar um local que pudesse abrigar as equipes. Isso fez com que o projeto mudasse sua lógica de implantação, deixando de seguir o modelo do caracol. O número de equipes também foi redimensionado em função do espaço físico encontrado para alocar as equipes (C33).

Os participantes do grupo focal revelaram que os critérios de implantação das equipes do FS não estavam claros porque, segundo os depoimentos, existiam locais

sem quaisquer unidades de saúde onde residia uma população carente e não receberam equipe do FS:

Santa Maria não é toda atendida pelo FS e o pessoal é muito carente. Não sei qual é o critério oficial para determinar o local onde terá as equipes (L32).

Os entrevistados referiram que houve redução das metas de cobertura de 100% para 40% da população do DF em 2004, quando o GDF perdeu a condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde:

Em 2004 houve um rompimento porque o GDF perdeu a Gestão Plena, pelas irregularidades na implantação do programa, nas fichas do SIAB. Por conta dessa perda da gestão plena e de uma nova pactuação que fizemos com o MS, reduzimos a meta para 40%, porque pela experiência anterior vimos que era muito fantasiosa a meta anterior de 315, pensamos nas reais condições que tínhamos. O que daria mais ou menos umas 140, 160 equipes no total. Não seria no DF todo. Cada eixo teria uma cobertura de 40%. Primeiro se pensou em começar por esse eixo centro-sul, mas a prioridade passou a ser São Sebastião, pela hantavirose (C32).

Um dos participantes avaliou que os dois grandes problemas do FS foram a contratação de um parceiro para a execução da estratégia e a falta de área física para instalar as unidades:

Em Brasília se esbarrou tanto na questão administrativa, que era a contratação de um parceiro para desenvolver e executar um programa executado pela SES/DF, como também na questão da área física mesmo em si, espaço físico. Tivemos dois grandes problemas: a falta de espaço físico e a contratação do serviço, por causa do impacto na Lei de Responsabilidade Fiscal. O Ministério Público insistiu muito em 2004 e 2005 para que essa gestão do FS fosse do Estado. O Estado deve assumir: quanto menos viés tiver e menos intermediários, muito melhor (C33).

A execução do FS pela FZ terminou em setembro de 2006, quando a SES/DF assumiu a gestão dos profissionais equiparando-os aos estatutários da SES/DF ingressando-os pelo concurso público. Nesse momento, no FS existiam:

- 59 equipes FS implantadas, sendo 39 completas;
- 19 equipes de saúde bucal completas;
- 8 equipes multiprofissionais implantadas e apenas três completas;
- 4 das 10 equipes de saúde prisional completas;
- 30 PACS implantados, sendo 28 completos;
- A cobertura populacional das equipes mínimas do FS foi de 26%; e
- A FZ deixou 830 profissionais: 80 ocupavam cargo de confiança e 750 eram contratados por processo seletivo.

A falta de unidades próprias foi o maior impeditivo para a expansão do FS, como enfatizaram os profissionais da equipe central entrevistados, porque as unidades da FS não poderiam ser instaladas em imóveis alugados e o MS só fornecia recursos para reformas. Mesmo assim, três Centros de Saúde foram construídos em 2005: dois em Santa Maria e outro Recanto das Emas, pois eram prioridades estabelecidas nos planos de saúde desde o Governo anterior:

No primeiro semestre de 2005 se construiu dois Centros de Saúde em Santa Maria, um no Recanto. Nas áreas onde estava prevista a colocação inicial das equipes do FS. Não na quantidade necessária, mas pelo menos o processo já começou (C31).

No projeto de conversão da atenção primária à saúde do DF, os Centros de Saúde teriam seu papel redimensionado de acordo com o quantitativo populacional: propunha a existência de dois tipos de Centros de Saúde, tipo I e tipo II. Estes realizariam a prática clínica individual e as práticas coletivas de promoção e vigilância à saúde em epidemiológicas (GDF/SES, 2004):

uma prática clínica individual contextualizada e uma prática coletiva promotora e vigilante, sempre junto à sua população de referência, que passa a ser de 15 a 20 mil habitantes para o Centro de Saúde tipo2 e de 20 a 25 mil para o Centro de Saúde tipo 1

Foi proposto que os Centros de Saúde deixassem de ser "meros ambulatórios de áreas básicas, resgatando a sua função primordial de trabalhar com a saúde da população local", que junto com as Unidades do FS fariam a integração com os demais serviços e setores para dar qualidade e resolutividade na assistência à saúde (GDF/SES, 2004). Nesse nível de atenção também atuariam as equipes do PACS, as equipes multiprofissionais e as unidades de saúde mental responsáveis pela atenção básica.

A equipe do PACS seria composta por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem (AE) e dez ACS. Cada ACS seria responsável por 200 famílias, dependendo da sua dispersão geográfica (GDF/SES, 2004). O projeto também incluiu o PACS ampliado com a participação do médico que:

atuaria como consultor clínico, como apoio ao atendimento domiciliar e institucional e como articulador dessa com a equipe clínica do Centro de Saúde. Sua presença não caracteriza a inclusão de uma equipe de saúde da família, mantendo apenas uma relação de apoio às equipes do PACS, (GDF/SES, 2004).

A "Equipe Básica Multidisciplinar" seria um apoio matricial para cada Centro de Saúde Tipo 1 e sua composição seria: um farmacêutico, um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo com uma jornada de trabalho de 20 horas semanais (GDF/SES, 2004). Esperava-se que essas equipes ajudassem na longitudinalidade da atenção, assim como na integralidade. Até novembro de 2005 havia quatro equipes multiprofissionais, as demais não se efetivaram devido à interrupção dos contratos pelo TCDF de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e farmacêuticos selecionados e do processo seletivo para nutricionistas e assistentes sociais. O depoimento a seguir elucidou a questão:

Em junho de 2005 nós fizemos o processo seletivo para fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo. Implantamos oito equipes multiprofissionais até dezembro de 2005, também com interrupção: as quatro primeiras foram completas. Havia grande quantidade de problemas psicológicos, psiquiátricos, de depressão, às vezes um enfermeiro ou médico não sabia lidar com aquilo. Casos de desnutrição são poucos, mas a nutricionista estava ali para ajudar. Era excelente porque atendia o FS, PACS e o Centro de Saúde. Duraram seis, sete meses, a equipe multidisciplinar ficou completa até agosto de 2006. Para completar e ampliar precisava de dinheiro, mas a determinação do TCU/DF era que deveria parar o programa e a SES/DF não os queria de jeito nenhum (R32z).

Observa-se que houve a intenção de se instalar na atenção básica a proposta de clínica ampliada de Campos (1999, 2003, 2006). A clínica ampliada, segundo esse autor, é um arranjo organizacional para garantir a resolutividade da atenção básica utilizando nova concepção de sujeitos, objeto, finalidade, meios e instrumentos do processo de trabalho. É composta por uma rede de equipe de referência que é apoiada pela equipe matricial de especialistas como uma estrutura organizacional horizontal que acolhe, estabelece vínculo e se responsabiliza pelo cuidado integral à população adscrita, operando com diversos saberes e práticas, associando a vigilância à saúde e os cuidados individuais: "ela assegura retaguarda especializada às equipes e profissionais de referência" (CAMPOS, 2006). Segundo o autor, ela é complementar e ao mesmo tempo modifica o tradicional sistema hierarquizado, porque o paciente utiliza um serviço matricial, mas "não perde sua vinculação com a equipe de referência" (CAMPOS, 1999). Ao passo que a equipe de referência constitui-se como uma estrutura vertical que recebe os usuários da equipe matricial, mas compõe o eixo de sustentação da organização porque estabelece um projeto terapêutico com a equipe matricial.

Pelo documento verificou-se que as equipes do FS e do PACS seriam as "equipes de referência", os Centros de Saúde e as equipes multiprofissionais

comporiam as "equipes de apoio especializados e matricial" dentro de um modelo de responsabilização pela saúde da população e das famílias, garantindo o atendimento de suas necessidades e problemas. Entretanto, a proposta não se concretizou.

Havia divergência e resistência na própria SES/DF às equipes multidisciplinares, o que pode ser detectado no depoimento que revelou a percepção do profissional como um erro do projeto de conversão, pois não havia recursos financeiros e profissionais para a sua operacionalização: As policlínicas, ou unidade multiprofissionais também foram um erro. Essas foram uma ilusão, a grande ilusão. A gente tem que planejar com o pé no chão, com indicador, sabendo o que a gente pode e o que não pode e quais os recursos humanos que temos (C33).

O grupo focal revelou que na prática havia poucas equipes matriciais e um dos profissionais desconhecia a existência delas:

Existem só oito equipes multiprofissionais, mas apenas uma está completa. A proposta do FS previa 50 equipes. Foi realizado concurso para 50, mas não houve a contratação (L36).

Eu trabalho em área rural e eu nunca vi multidisciplinar (L31).

Percebe-se que eram depositadas grandes expectativas nas equipes multidisciplinares. Esperava-se que elas iriam garantir integralidade da atenção nos moldes descritos por Starfield (2004) para "reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população, não importando de que tipo". Entretanto, o seu número reduzido e a falta de integração com as equipes do FS não cumpriram o papel de garantir a atenção integral.

Sobre a implantação de PACS e PACS ampliado no FS, o profissional entrevistado revelou sua percepção sobre sua instalação no Centro de Saúde:

O Centro de Saúde pegava uma área e o PACS pegava outra. O território do PACS ampliado era menor do que o do Centro de Saúde, era um subconjunto. Funcionava no mesmo espaço físico, mas com separações muito grandes. Apesar de ter sido criada uma gratificação para o pessoal do Centro de Saúde que tivesse equipe de PACS, eles achavam que o PACS era um corpo estranho que atrapalhava, trazia muita demanda para o Centro de Saúde, porque o pessoal do PACS queria espaço, material, inventar atividade o tempo todo, era assim que era visto (C35z).

O território de atuação e a cobertura populacional do PACS era um subconjunto do conjunto correspondente à área de atuação dos Centros de Saúde, portanto havia uma orientação técnica sobre a execução do trabalho e a responsabilização da equipe do PACS, mas permaneceu tendo a compreensão dos

trabalhadores da SES/DF de um "corpo estranho" mesmo com o incentivo salarial agregado.

O depoimento seguinte elucida como o processo de trabalho era organizado entre o PACS ampliado e o Centro de Saúde, mas essa modalidade não era reconhecida pelo MS:

O PACS ampliado era para atender dez mil pessoas. No DF o Centro de Saúde cobre uma área de 60 mil habitantes. Colocando duas equipes de PACS, elas cobriam 20 mil para fazer o trabalho educativo que o Centro de Saúde não fazia. A população continuou precisando do Centro de Saúde para dar autorização para exames e encaminhamentos, fazer consulta médica, enfermagem, curativos e tudo mais. Depois houve uma decisão de tirar os médicos e os AE das equipes do PACS, só ficaram os enfermeiros e ACS contratado pela FZ e aí o MS reconheceu como equipe PACS. Acho que como concepção da proposta está correto, a equipe do PACS não ter médico e nem enfermeiro (C35z).

Havia discordância sobre a importância do PACS no DF, o profissional da FZ expressou sua posição favorável, entretanto o profissional da SES/DF manifestou sua posição contrária justificando que seria um retrocesso para evolução do modelo de atenção à saúde:

Um retrocesso muito grande foi o PACS. Não se implanta mais PACS em lugar nenhum do país, nenhum Estado nessa altura do campeonato implantando PACS, o DF implantou PACS. Todo mundo está evoluindo de PACS, para PSF, aqui se implanta PACS e PACS ampliado. Esse PACS ampliado foi um erro, um equívoco, uma furada tremenda (C32).

Percebe-se que não havia consenso sobre o novo papel das unidades da atenção básica no desempenho de um trabalho articulado em rede matricial de apoio como foi proposta por Campos (1999, 2003, 2006). Ao mesmo tempo, o modelo de atenção buscou no PACS e no PACS ampliado a possibilidade de ampliar os incentivos financeiros para a saúde do DF seguindo as diretrizes do PROESF para os grandes centros.

Para a saúde bucal, o projeto previa a instalação de três equipes em cada Centro de Saúde Tipo 1 e duas equipes para o Centro de Saúde Tipo 2, porém a realidade foi outra. Um dos entrevistados da equipe central da FZ revelou sua percepção sobre a dificuldade de contratar dentistas, a falta de equipamentos e a baixa cobertura do atendimento:

A cobertura de saúde bucal no FS é superpequena. Dos 70 dentistas que passaram no concurso só 35 foram contratados, mas não tinha consultório em todos esses lugares, a SES/DF não comprou o equipamento. Muitos consultórios odontológicos são doações de associações, produtores rurais que têm interesse no serviço. Quando o consultório tem uma cadeira só, não é cadastrado pelo MS; só cadastra quando tem duas. E não existia a

quantidade de cadeira odontológica necessária ou estava em péssimo estado de conservação (R32z).

Por esse depoimento verifica-se que as equipes de saúde bucal que possuíam apenas uma cadeira odontológica não poderiam ser cadastradas e, portanto, a SES/DF cobria as despesas salariais da equipe e deixava de receber os recursos do MS correspondentes porque não se podia lançar a equipe de saúde bucal no SIAB. Segundo Freitas e Pinto (2005), o SIAB é um instrumento para a gestão dos sistemas locais de saúde e também a base para o repasse financeiros do MS para os municípios.

O projeto da atenção básica previa também a implantação da Atenção Integral à Saúde Prisional e a inserção da Saúde Mental na Atenção Primária. O sistema prisional do DF seria composto por cinco unidades prisionais (quatro para o público masculino e uma para o público feminino) e uma ala específica para a psiquiatria (GDF/SES, 2004) Seria realizado atendimento preventivo e curativo, com assistência médica odontológica e fornecimento de medicamentos. Os depoimentos dos entrevistados revelaram que a saúde prisional e as equipes rurais foram as experiências que tiveram maior êxito no FS:

O programa de Saúde Prisional deu certo porque foi instalado dentro das unidades prisionais, com espaço físico adequado. Hoje, talvez seja o melhor programa de saúde de assistência ao preso do Brasil. Existiram dois momentos aqui em Brasília, antes do Saúde Prisional e depois do Saúde Prisional. Serviu para diminuir as tensões e agressão dentro do ambiente, diminuiu as tentativas de fuga. Modificou o comportamento dos presos e dos funcionários, porque existia uma equipe de saúde lá, com outro olhar, foi uma maravilha (C34z).

Na área rural tivemos uma cobertura de praticamente 100% em 2004-2005, porque já existiam os Postos de Saúde Rurais prontos para serem ocupados. Foi só uma questão de reforma física e colocar as equipes (C33).

Identifica-se que o modelo da atenção prisional teve como foco o detento, realizava predominantemente ações individuais e ao grupo de detentos, quer de prevenção, promoção ou cura, porém não adotou a família do presidiário como objeto de trabalho, portanto pode ser caracterizado como um modelo ambulatorial com características de pronto atendimento junto com ações preventivas e promocionais.

A proposta para a Saúde Mental era ela se integrar com a atenção primária. Nessa concepção ganhou espaço novas organizações tecnológicas (GDF/SES, 2004), tais como "serviços ambulatoriais, os hospitais-dia e centros de atenção

diária" assim como o "modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal", com "estabelecimento de vínculo e acolhimento". Propunha como princípios básicos para a integração da saúde mental com a atenção primária: a noção de território, organização em rede, intersetorialidade, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiar.

A rede de serviços de atenção integral à saúde mental seria constituída por Hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Reabilitação Psicossocial, Trabalho Protegido, Lares-Abrigos e Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de Pacientes com Transtornos Decorrentes do Uso e Dependência de Substâncias Psicoativas, Centros de Saúde e as Unidades do PSF. Para 2004 seriam implantados dois CAPS: um CAPS ad II na Região Administrativa do Guará (até 30 de junho) e outro CAPS II na Região Administrativa de Sobradinho (até 31 de agosto) associada ao trabalho de desenvolvimento da visão e abordagem à saúde mental nas unidades básicas de saúde, (GDF/SES, 2004).

A inclusão da saúde prisional como componente da saúde mental no plano de conversão indicou a humanização do modelo de atenção à saúde do DF e a busca de extensão de cobertura da atenção básica a outros segmentos da população antes assistidos apenas com os cuidados hospitalares ou em instalações ambulatoriais da rede, compatível com as discussões de Ayres (2005, 2007) sobre a ampliação do objeto das práticas na saúde coletiva. A saúde prisional, como componente da atenção básica do DF, pode ser reconhecida como uma potencialidade para a mudança do modelo assistencial, sobretudo porque seria integrada à rede básica, determinando a ampliação do conceito de saúde (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006; SOUZA; CARVALHO, 2003; TRAD; BASTOS, 1998; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

O projeto revelou que a proposição teórica para o processo de trabalho do FS continha saberes e práticas fundamentadas nos modelos clínico, epidemiológico e social, que foram desdobrados em ações de prevenção da doença, promoção e recuperação e redução dos danos nas diferentes faixas etárias (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; PAIM, 2003). Demonstrou um avanço quando propôs o trabalho interdisciplinar, multiprofissional e em equipe, contendo um objetivo comum às práticas, à discussão permanente entre os saberes e à presença dos profissionais em espaço comum para a assistência compartilhada (PEDUZZI, 2001). Contudo,

verificou-se que sua operacionalização foi restrita, criou algumas ilhas de mudança que não deram visibilidade institucional para proposta e não garantiram a mudança do modelo de atenção, tampouco sua conversão.

Nas entrevistas e no grupo focal foram evidenciados alguns aspectos que interferiram no processo de execução do FS. Nesse sentido, Testa (1992) chama atenção para a análise da distribuição de poder entre os atores da saúde que implementam o modelo assistencial no cenário da saúde. Merhy (1997, 1999, 2003) acrescenta a essa discussão a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde com a discussão dos poderes instituídos nas organizações como territórios de domínio conservadores e os poderes instituintes disparados a partir desse lócus de potência como portadores de alta concentração de poder em gerar transformações no agir em saúde.

As questões políticas que interferiram no FS, segundo a percepção dos profissionais, foram: macrotendências políticas (neoliberalismo), vontade política e política de governo/partido político com a nomeação de cargos (equipe de governo).

O reflexo da macropolítica nacional e internacional para a redução do Estado sob a orientação neoliberal, foi evidenciado por um dos profissionais:

Tivemos uma recente reforma da SES (início de 2007) que reduziu tudo e sem consultar ninguém. Isso faz parte do enxugamento do Estado, a famosa política do Estado Mínimo, nós estamos caminhando para a política do “Estado Nenhum”, que atinge tanto o trabalhador da saúde, o servidor do GDF, como atinge de maneira mais intensa os próprios usuários do sistema (C33).

A percepção dos profissionais sobre a falta de vontade política foi delegada ao Governo e à SES/DF:

A principal interferência da questão política é na falta de vontade política de estruturar o programa, de promover, de fornecer ao programa estrutura mínima necessária para que ele possa existir: atividades básicas, equipamento, transporte adequado (C32).

O Secretário não tinha autonomia, como ainda hoje não tem, de construir um posto, tem que ser uma vontade política do próprio Governador. Faltou e falta ainda hoje, muita vontade política do Governo, do Governador para resolver os problemas do programa. Essa cadeia vai descendo: Governador, Secretário, Subsecretário, DIESF. Enfim, vontade política de implantar o programa (C32).

O depoimento de C32 revelou a falta de autonomia do Secretário como interferência política no FS. Assim, identificou como característica da gestão a existência de um forte poder instituído (MERHY, 1999, 2003).

Outra característica da gestão foi percebida pelo profissional como insuficiente sensibilização da SES/DF em relação ao gestor:

A própria SES/DF não soube sensibilizar o gestor, o governo, o governador, enfim, aqueles que têm poder de mando (C32).

Essa característica do gestor não saber sensibilizar, somada à apresentada anteriormente, do Secretário não ter autonomia, fortaleceu a conservação do modelo de atenção à saúde e não priorizou a estratégia de atenção à saúde da família. Não se criou poder instituinte na arena de disputa de micropoder, pareceu que a tensão existente na arena de disputa de poder foi suficiente para criar poder concentrado como potência criadora de poder instituinte que pudesse gerar mudança como discutido por Merhy (1999, 2003). Para esse autor, a força do poder instituído foi referida como uma questão política impeditiva da mudança do modelo de atenção, porque utiliza artefatos burocráticos difíceis de serem permeados pelas tecnologias leves que são, em sua opinião, as grandes responsáveis pela mudança no trabalho vivo em ato.

A conversão total do modelo eu acho que é um equívoco para Brasília, não vamos conseguir. Tem uma população de profissionais que foram criados, gestados e que vivenciaram todo o modelo de Centros de Saúde que deu certo e que não enxergam nenhum motivo de mudar isso, então eles não vão participar desse projeto (C33).

Por outro lado, o depoimento a seguir revelou a percepção do profissional sobre a presença concomitante de poder instituinte (MERHY, 2003) dentro do FS constituído pelas relações estabelecidas entre o ACS e a população:

Os ACS que moram no território e viraram trabalhadores. Eles nunca podem falar mal da população porque fazem parte dela, e nem dos funcionários porque vocês fazem parte também. O ACS nessa questão política é alguém que determina se a coisa vai para um lado ou se vai para o outro. É a equipe que vai e volta, que não tem território nas veias, da mesma forma que o ACS, que é o grande conhecimento dele que equipara a qualquer conhecimento técnico que a gente tenha de saúde, é o território. Ele é que vai ser os nossos olhos no território (C34z).

Outro grupo de questões políticas percebidas pelo profissional foi relacionado à política de governo, sobretudo para a nomeação de cargos e constituição da equipe de governo que não utilizava o critério de competência técnica.

As Chefias de Núcleo das Regionais muitas vezes não são nomeadas por critério técnico, é por critério de apadrinhamento mesmo. A Chefia de Núcleo da Regional do Gama era feita pelo peão da fazenda do Governador e era a regional que mais tinha equipe, a regional mais complexa que é um corredor que recebe muita gente do entorno (C32).

Para o Diretor de Hospital também Diretor de Regional e Assessor, na SES/DF tem que ser médico. Existe um acordo velado de indicação política (C32).

Para ser Chefe de Núcleo Regional não era preciso ser concursado da SES/DF. Esses cargos são de determinado político (C32).

A nomeação de pessoas para ocupar cargos nas instâncias das SES/DF é um traço da gestão que também foi detectado no estudo de Coelho e Paim (2005). Sobre esse tema os autores afirmaram "acatar as indicações políticas nos níveis regional e local, configurou um obstáculo não superado na implantação do SUS" por ser forte a manutenção do clientelismo e o favoritismo político nas organizações da saúde. Ainda, outra percepção da influência da política de governo no FS foi sua identidade partidária ou relacionada à campanha eleitoral:

Na DIESF tivemos um Diretor que era candidato a Deputado Distrital, ele tinha os cargos e colocava quem ele quisesse, independente do critério técnico, de ser concursado ou não. Depende muito do dono do cargo e isso para mim é o que é nocivo, é péssimo, isso faz com que o DF não cresça, não evolua, não vá para frente (C32).

Identificamos que um Chefe de Núcleo está ausente da chefia ou da equipe e que não supervisiona, não cumpre suas funções. Recomendamos sua saída por questões técnicas, mas dizia-se que, como ele era um excelente cabo eleitoral, independente da função e formação ele acabava ficando: – Não minha filha, esse aí ninguém pode mexer (R32).

A gente ouviu até candidato dizendo que o FS não existe e que ele vai fazer funcionar quando ganhar a eleição. Prometo que vou colocar o FS pra funcionar (L36).

Não foi nenhum político de Brasília que inventou isso. Enquanto isso não é feito, os políticos querem se apropriar, o que é uma idéia muito equivocada (L31).

Observa-se que alguns profissionais perceberam que os cargos eram utilizados como moeda na disputa eleitoral de poder, que estava concentrado nas mãos de quem ocupava a arena da estrutura central do programa, dispondo deles como uma contribuição à campanha política, como uma propriedade pessoal dentro de uma gestão e instituição conservadora.

A política de governo foi percebida como uma dificuldade para a continuação do programa por identificá-lo com o partido político do gestor e/ou governo:

Cometeu-se um erro ao não dar continuidade ao programa de 97-98 porque era do PT. Aquele modelo tinha erros, mas apontava algo que poderia ser

melhorado, e não rompido. De 99 até 2002 não se conseguiu nada sólido, nem consistente e nem reconhecido pela população, pelos usuários, pelos servidores. De 2003 a 2005 tentou-se construir um modelo correto, mas acho que quem errou foi o Ministério Público e o MS. Erraram feio, no falso discurso da moralidade administrativa eles erraram ao tentar atingir a FZ acabaram atingindo a população (C33).

Faltou seqüência e continuidade, que é o grande mal das políticas brasileiras, entra um gestor, ele acha que o outro fez tudo errado e ele começa tudo de novo. Entra o próximo e quer eliminar todo o passado, como se a vida começasse naquele instante e não começou muito menos na saúde (C32).

A população perguntava para a equipe em quem eles deveriam votar para que o FS continuasse. Não eram poucos e ficamos sem resposta. Mas sabíamos que determinados políticos dariam continuidade e que outros não (L33).

Os depoimentos revelam que o programa de atenção à saúde da família tem sido utilizado como uma política de governo e de gestores, inclusive como bandeira de campanha eleitoral, o que é factível segundo Coelho e Paim (2002), Labra (2005), Lima, Gerschman e Edler (2005). Entretanto, o PSF tem demonstrado em nível nacional seu poder indutor de mudança do modelo de atenção a ponto de se transformar em estratégia da política de saúde para a consolidação do SUS (SOUSA, 2001a, 2001b, 2007; TEIXEIRA, 2003), portanto uma política de Estado independente dos governos de diferentes partidos e ideologias.

4.3.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO FS

O FS também foi inserido paralelamente à rede de serviços de saúde da SES/DF (GDF/SES, 2003) mediante contrato de gestão com organização do terceiro setor, a Fundação Zerbini (FZ).

Mendes (1996) comentou que o desafio é dar "organicidade" a essas novas formas de gestão do setor público com as organizações sociais, retirando-as da marginalidade e incorporando-as dentro da reforma do aparelho do Estado. Para isso ocorrer, os contratos seriam baseados em resultados e estariam submetidos ao controle social.

A pesquisa realizada por Souza, Silva e Hartz (2005) revelou a percepção sobre a relação público-privado na saúde, que pode ser uma alternativa para que o Estado assuma apenas a função de regulador e busque incrementar a capacidade

regulatória dentro da SES. Afirmaram que "delegar a produção ao setor privado ou, especialmente, a entes públicos não estatais, como as organizações sociais, pode favorecer o exercício da atividade regulatória".

Nogueira (2003), ao discutir as formas de terceirização, apontou como principal questão a ser discutida neste pacto os princípios que guiarão o relacionamento do Estado com as entidades terceirizadas para que os direitos dos trabalhadores e o interesse público não sejam desvirtuados.

Todos os componentes da equipe do FS eram contratados temporariamente pela FZ pelo regime trabalhista da CLT após submeterem-se ao processo seletivo composto por prova específica e análise de currículo (GDF/SES, 2004). Portanto, tiveram direito a décimo terceiro salário e a férias garantidos.

A estrutura regional do FS era composta pelo Chefe de Núcleo de Supervisão da Estratégia de Saúde da Família da SES/DF ligado à Gerência do Núcleo de Saúde da Comunidade (GESCOM/SES/DF), subordinado à Direção Regional de Saúde da SES/DF (Diretor do Hospital Regional), e à Supervisão Regional da FZ. Cada equipe de FS possuía um Coordenador de Equipe, que geralmente era um enfermeiro e que não recebia gratificação adicional pelo cargo.

A supervisão técnica e administrativa das equipes locais do FS foi delegada a uma "equipe composta e estabelecida pela FZ" que acompanharia o processo de trabalho e os aspectos normativos emanados pela SES/DF (GDF/SES, 2004).

Os supervisores regionais da FZ não passavam pelo processo seletivo e nem participaram do treinamento introdutório. Em sua maioria, eram dentistas indicados pela SES/DF, conforme relato do entrevistado:

Os supervisores da FZ não eram concursados, foi uma indicação política da SES/DF; a maioria, era dentista. O número de dentistas previsto para o FS era de 70, mas foram contratados 35. Muitos desses foram indicados para trabalhar como Supervisores, Assessores (R32z).

Os Supervisores da Zerbini não tiveram nenhuma capacitação e nem o introdutório. Eles tiveram que aprender no dia-a-dia a ser supervisor (C35z).

Esse fato suscitou questionamentos por parte dos coordenadores das equipes locais do FS e, segundo a percepção de um dos entrevistados da FZ, eles também não tinham um preparo formal pra assumir essa função. Entretanto, não houve mudança neste critério por parte da SES/DF, e a FZ fez a capacitação dos supervisores em processo informal:

Os profissionais questionavam muito a indicação do dentista para ser Supervisor da Zerbini. Principalmente os Coordenadores de Equipe do FS, que geralmente eram enfermeiros que, pela experiência que tinham em programas anteriores, poderiam ser supervisores, alguns, médicos também. Eles acabavam recebendo pessoas para serem seus chefes que nunca tinham trabalhado em PSF, nem sequer fizeram o introdutório e nem um Curso de Especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública. Acontecia também de não terem sensibilidade ou até visão social do setor saúde de forma estrutural, da questão democrática das relações profissionais também não tinham. Mas foram indicados pela SES/DF para ocupar esses cargos (C35z).

De acordo com o projeto de conversão da assistência do DF, a equipe de mínima do FS seria composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, cinco ACS e um AOSD; e a equipe de saúde bucal teria um cirurgião dentista, um THD e um ACD (GDF/SES, 2003).

O processo de seleção dos profissionais pela FZ foi conturbado e atrasou a implantação das equipes:

O documento preparado para iniciar o processo seletivo sofreu cinco versões até a aplicação das provas. Os currículos eram enviados para FZ, chegamos a receber 42 mil currículos. No dia da prova, algumas pessoas acharam que poderiam fazer a prova, mas não tínhamos os currículos ou não estavam na lista que a SES/DF nos forneceu, foi uma confusão. Esse processo durou uns dois meses até que, em janeiro de 2004, foi solucionado e tivemos a prova dos ACS e a prova dos AE por serem as duas maiores categorias e por opção da SES de fazer junto (C34z).

A seleção do ACS foi mais demorada devido à necessidade de se obedecer ao critério do vínculo com a comunidade:

Fazia parte de o processo seletivo confirmar a moradia do ACS pelos vizinhos da direita e da esquerda, assinava um documento que era guardado. Isso deu um trabalho extra. Muita gente do Plano Piloto queria ser ACS e mentiu endereço, fez inscrição na rural, porque tinha uma chácara ou um conhecido. Mas em termos de processo de trabalho, a gente perdia muito por não ter as equipes completas (C34z).

No início da implantação, as equipes FS estavam completas, mas devido aos processos de cancelamento das contratações muitas ficaram incompletas:

A contratação ficou retida um tempo, a FZ não podia contratar por conta do Ministério Público: processos, enfim, a parte burocrática. Foi a época mais crítica, quase 100% das equipes ficaram desfalcadas, de dentistas, médicos, enfermeiros. Tivemos de esperar o procedimento em nível superior para solucionar (R32z).

A interrupção dos contratos pela FZ dificultou o desenvolvimento do FS, pois o processo de trabalho e o modelo proposto não puderam se efetivar no prazo programado. Conseqüentemente, as famílias ficaram sem a assistência prevista.

Houve o treinamento introdutório apenas no primeiro ano para os profissionais das equipes locais do FS, exceto para o dentista e a equipe multiprofissional, segundo relato dos entrevistados:

O introdutório só foi dado no primeiro ano, em 2004, para profissional de nível superior e nível médio com carga horária de 80 horas (C35z).

Para os dentistas, não foi realizado nem treinamento introdutório e nem específico (C34z).

Da equipe multiprofissional, ninguém fez o treinamento introdutório. Pelo problema com a Secretaria de Saúde (risco de rompimento do contrato SES e FZ (L36).

Identifica-se a falta de treinamento introdutório das equipes como uma limitação do FS, principalmente porque a proposta previa o desenvolvimento de um projeto maior de conversão da Atenção Primária pela Estratégia da Família. Assim, o treinamento seria um procedimento para obter aliados na base local onde não houve essa discussão anteriormente. Mesmo considerando que a existência da Atenção à Saúde da Família tivesse sete anos no DF, a dimensão de um projeto de conversão requeria uma estratégia na mesma proporção da mudança esperada, sobretudo porque previa a articulação de vários serviços na AB, como o PACS, a saúde mental, a saúde prisional e as equipes multiprofissionais, que se organizam tecnologicamente sob específicas bases conceituais, para o objeto, finalidade, meios e instrumentos de trabalho.

O sistema de avaliação proposto no projeto seria mensal e continha cinco áreas: avaliação administrativo-gerencial das equipes (componentes da equipe, local de trabalho e carga horária mensal trabalhada), avaliação fiscal (custos do programa com folha de pagamento e gastos com manutenção), avaliação do processo de trabalho das equipes (informações dos relatórios SSA2 e PMA2 do SIAB solicitado pelo MS e mais as informações de produção das equipes multiprofissionais), avaliação de resultados (relatórios SSA2 e PMA2 do SIAB) e avaliação da satisfação do usuário (visitas aleatórias da equipe de supervisão regional da FZ a duas famílias/mês/por equipe, verificando: visita mensal do ACS, acesso aos serviços da equipe, orientação obtida pelo usuário mediante suas dúvidas e grau de satisfação sobre o trabalho da equipe), (GDF/SES, 2004). Identifica-se o planejamento de um processo de avaliação abrangente e detalhado que possibilitaria o diagnóstico da implantação e desenvolvimento do FS.

A supervisão do trabalho das equipes do FS era realizada pelo Supervisor Regional da FZ e pelo Chefe do Núcleo Regional da Estratégia de Saúde da Família da SES/DF.

Na realidade, as atividades desenvolvidas pelos supervisores da FZ foram técnicas e administrativas:

A Supervisora da Zerbini trabalhava muito, ela tinha que acompanhar toda a atividade, inclusive problemas técnicos que ocorressem com a equipe, todo o controle administrativo e ainda o sistema de informação, o SIAB, era digitado em nível local e enviado para o SIA (nível central da SE/DF) (C35z).

O Chefe do Núcleo Regional da Estratégia de Saúde da Família fazia supervisão mais a distância, em reuniões mensais com os Coordenadores de Equipe, providenciava material para as equipes e buscava solucionar problemas técnicos e administrativos. No início da implantação, fazia visita às equipes locais. Em 2006, ficou sem o transporte e cancelou essa atividade, conforme narrativa do profissional:

No começo foi difícil porque foi a etapa de implantação das equipes na regional e tinha que separar material para as equipes, então só dei a orientação, contava com o apoio da Supervisora da FZ. Todo mês tinha reunião com os Coordenadores nas Equipes. Eles vinham até aqui e traziam os problemas, discutíamos. O terceiro ano, 2006, foi o mais crítico, raramente ia até as equipes, elas é que vinham aqui, trazer problemas, sugestões. Pela dificuldade de motorista, não tinha carro, depois esse carro perdeu a validade do prazo e ficamos sem ele. Não vou dizer que durante esses três anos fiz isso de supervisão no local (R31).

A supervisão também não foi executada de modo a priorizar o processo educativo junto com o controle, tampouco criou parcerias para que fossem efetivadas mudanças no cotidiano do trabalho. O processo de supervisão priorizou a avaliação quantitativa do trabalho das equipes por meio da alimentação das informações do SIAB, que eram cobradas tanto pelo Chefe de Núcleo da Estratégia de Saúde da Família da SES/DF como pelo Supervisor da FZ:

Todas as equipes eram cobradas, a territorialização tinha que estar na frente, o tipo de atendimento tinha que estar na frente. Não checava se aquele mapa estava atualizado, se a gestante tinha sido retirada, se o hipertenso estava controlado, não dava. Mas pelo SIAB eu notava que eles mudavam, porque podiam também estar copiando. A minha agenda, a minha cobrança era em cima do SIAB (R31).

A Supervisão da FZ era que analisava o qualitativo. Nós cruzávamos as informações mensalmente para ver se estavam batendo. O ACS tem que fazer pelo menos uma visita ao mês a cada uma das famílias. E o mês que está chovendo, que você mal consegue sair do Postinho de Saúde? Costumávamos fechar os olhos para essas coisas. Quando faziam duas

visitas à mesma família, não era contado. A segunda visita não é contada, eles chamam de contato. O sistema não aceita a digitação. Entra como produção do ACS, mas não entra como visita. (R31z)

Observa-se que o SIAB foi um instrumento de controle da produção do trabalho das equipes para que o MS pudesse repassar os incentivos financeiros. Não foi incentivada a utilização do SIAB como ferramenta essencial ao planejamento local das ações que atendessem o perfil epidemiológico e as necessidades da população. A dimensão de controle quantitativo prevalecia sobre a dimensão técnica de organização e adequação do processo de trabalho local (SOUZA, 2002; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Total desconhecimento sobre a finalidade das fichas e do SIAB. Muita gente não sabe a utilidade das fichas para planejar as suas atividades diárias, o seu planejamento do mês, o seu planejamento anual, para alcançar os indicadores do pacto da saúde, e agora dos indicadores do pacto pela vida, não tem noção. Poucas são as pessoas que sabem disso (C32).

Percebe-se que esta função técnica do SIAB como ferramenta para o planejamento local poderia ser discutida no treinamento introdutório como conteúdo e prática efetiva para organizar o serviço sob a perspectiva do modelo de vigilância à saúde e da promoção da saúde, tornando-o mais adequado, oportuno e resolutivo, assim, "qualificar" a estratégia de Saúde da Família (TEIXEIRA, 2002a, 2002b, 2003, 2006).

A FZ não tinha a função de alimentar o SIAB no projeto original, mas essa foi uma das mudanças incluídas. Para executar esse procedimento, a FZ organizava a produção de dados das equipes das regionais e enviava para dois lugares distintos na SES/DF: SUPLAM recebia o SAI (informações ambulatoriais) e DIESF recebia o SIAB, conforme relatou o entrevistado. Para isso, montou os escritórios regionais com computadores e treinou seus funcionários administrativos para tal função:

No edital não estava previsto para a FZ assumir o sistema de informação do FS. Dentro da SES tem a SUPLAN, que cuida da parte de SAI (informação ambulatorial), e tem a DIESF, que iria cuidar do SIAB (Atenção Básica). No dia 20 mandávamos o SAI para SUPLAN e depois fechávamos o SIAB e mandávamos para a DIESP (C3z).

Porém, a GEARI-DIESF/SES foi às regionais avaliar como os servidores da FZ estavam alimentando o banco de dados e identificou problemas. Executou o treinamento em serviço, que não obteve sucesso, passou os relatórios para a direção, que decidiu mudar as fichas criadas pela FZ e o fluxo das informações regionais do SIAB:

A FZ era responsável pela confecção das fichas do SIAB. Ela elaborou uma ficha própria e identificamos que essas fichas de coleta iriam prejudicar as informações e que iríamos responder inquérito do MS. Documentamos o fato e o documento parou na gaveta do Diretor do DIESF ou do Subsecretario. O MS identificou o erro e mandou acabar com tudo (C32).

Com dados incorretos, glosava toda a nossa produção. Interrompemos esse fluxo de informação pela FZ. Teriam dois caminhos, o assistente administrativo da FZ com o Chefe de Núcleo avaliava, corrigia o que tivesse errado e mandava para dois lugares. O SAI para a regional e o SIAB para o nível central (C32).

Um dos entrevistados da equipe central da SES/DF demonstrou sua frustração em relação ao procedimento de avaliação dos dados do SIAB porque era um condensado regional que mascarava a realidade das equipes locais. Por outro lado, não era discutido com as equipes para adequar e/ou ajustar os serviços e ações à resolução dos problemas identificados nos territórios. Ademais, a avaliação dos dados do SIAB identificou a baixa produção de consultas médicas e de enfermagem nas equipes e a falta de registro de atividade de odontologias realizadas:

Não era bom porque continha a produção regional, não especificava cada equipe. Teoricamente, o nível central só avaliava a regional e discutia com a Chefia de Núcleo Regional. Não conseguia avaliar a equipe, o que é mais importante (C31).

Por mais que a gente queira, não alcança o esperado. A produção efetiva é menor do que a prevista. Porque se esperava que as equipes tivessem trabalhando muito mais, atendendo muito mais, mais reunião com a comunidade, mais atendimento na odontologia (C31).

Segundo Campos (2006), "os sistemas de informação estão cada vez mais desarticulados das linhas reais de intervenção", eles permitem localizar casos de dengue por domicílio, mas não se sabe o que fazer com essa informação. Uma das soluções para esse problema seria pactuar metas e prazos entre a direção e a equipe para a realização da atenção adequada e resolutiva, a exemplo dos mecanismos criados nos "contratos de gestão" hospitalares.

Para os sujeitos do grupo focal, os processos de supervisão, monitoramento e avaliação eram realizados pelos supervisores da FZ, por meio das visitas mensais à equipe local, e avaliação dos relatórios de produção, mas a avaliação mais importante era feita pela equipe local durante as reuniões semanais:

Ficha de produção diária: quantas pessoas, tipo de atendimento se foi consulta ou visita domiciliar. Relatório mensal com todos os atendimentos da equipe, os procedimentos realizados por profissional e pela equipe. O Coordenador de equipe consolida e entrega (L38).

Quem faz a supervisão avalia a qualidade da visita, quando avalia a satisfação do usuário. Além disso, há uma reunião, sagrada, uma vez por semana, da equipe com os ACS para colocarmos tudo em pratos limpos. Um período do dia é para isso. Todos podem falar e avaliar o que está acontecendo (L33).

O sistema de regulação do acesso aos serviços da SES/DF ficou a cargo das Diretorias Regionais de Saúde no projeto (GDF/SES, 2004): "incluindo as ações de referência, os encaminhamentos e as ações de contra-referência que envolva todos os níveis de atenção à saúde no DF, inclusive o nível básico de atenção". As equipes do FS e dos Centros de Saúde fariam o encaminhamento dos pacientes às especialidades utilizando o agendamento descentralizado, (GDF/SES, 2004). Assim, verifica-se que foi previsto um processo formal para garantir a longitudinalidade e a integralidade da atenção (STARFIELD, 2004), que poderia contribuir para integrar o FS aos serviços da rede.

Camargo et al. (2006) verificaram que em 2004, havia um grupo de trabalho na SUPLAN/SES – Coordenação-Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais (CGGRR), que iniciou a estruturação das atividades de regulação assistencial por meio de ações descentralizadas nas macrorregiões de saúde apresentadas no Plano Diretor de Regionalização do DF (PDR-DF). As demandas reprimidas concentravam-se na área da dermatologia, seguida pela ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e outras. Em outubro de 2005, iniciou-se o agendamento de consultas de dermatologia pela central do DF a partir do reconhecimento da necessidade identificada nas consultas médicas da rede que aguardavam na fila. Esses autores não analisaram como foram solucionadas as outras demandas e alertaram para o fato de que a regulação não pode ser "simplesmente resumida ao procedimento de autorização médica", e, sim, um conjunto de procedimentos visando "equacionar as desigualdades no que toca a relação necessidade, demanda e oferta". Percebe-se que o processo de regulação do DF ainda estava concentrado na liberação de algumas consultas médicas e que deveria ampliar sua real função para outras demandas, necessidade e ofertas de serviços.

A restrição inicial do sistema de regulação, para consultas de dermatologia e oftalmologia, foi confirmada no depoimento do entrevistado da equipe central da SES/DF:

Foi criada há pouco tempo o Departamento de Regulação, que está fazendo o controle dessas consultas. Eles recebem a solicitação de consultas de especialidades vindas dos Centros de Saúde e agendam para o hospital, que disponibiliza as vagas de oftalmologia, dermatologia. Mas ainda é só para algumas especialidades. Telefona para o paciente e pergunta se ele pode vir para uma consulta no Plano Piloto ou em outra regional onde exista a vaga para consulta com o especialista (C31).

Após a criação da Central de Regulação, poderia se esperar que o sistema de referência e contra-referência passasse a funcionar um pouco melhor e os profissionais utilizassem esse instrumento para dar continuidade ao atendimento à saúde dos pacientes, mas na realidade foi pequeno o impacto causado por ser um mecanismo novo e restritivo.

Os entrevistados afirmaram que o sistema de referência e contra-referência é muito falho, depende das relações pessoais. Eles comentaram que a população continua vagando "de um lugar para o outro", o atendimento no nível secundário e terciário é um problema do sistema de saúde do DF, porque as unidades de saúde eram portadoras de diferentes recursos e não há o controle social para pressionar e garantir a mudança:

A referência e a contra-referência são muito falhas. O sistema funciona pelas relações pessoais. Se eu tenho uma pessoa lá no Hospital que vai atender esse meu paciente, eu encaminho e ele me conhece (C31).

A própria demanda existente no nível secundário e terciário, não tinha resolatividade. Chegava ao secundário e não conseguia passar dali. Quando chegava ao nível terciário, na maioria das vezes, ficava ali direto (C32).

Concorre com a demanda do Centro de Saúde, e muitas vezes o paciente do FS fica aguardando uma brecha na lista de espera do Centro de Saúde. Ele ficava esperando uma vaga que sobra do Centro para ser contemplado. Temos 10% das vagas do Centro de Saúde destinadas à área rural do FS. Mas é pouco, não dava para nada praticamente. A maioria dos encaminhamentos era para outra área, porque aqui só temos clínico, ginecologista e pediatra (R31).

A população continua vagando de um lugar para outro. O sofrimento não se interrompe. Então continua vagando. Então entra aí e nós não temos o famoso controle social (C33).

Para Silva, Souza e Hartz (2005), a avaliação da organização dos serviços adotaria como um dos critérios as "formas de uso e a capacidade de resposta da unidade", ou seja, "se a população se sente obrigada a retornar ou a peregrinar por

várias unidades até ter seu problema resolvido". Pelo depoimento de C33, verifica-se que no FS a população peregrinava de uma unidade a outra, agravando a situação da descontinuidade da atenção por falta de integração entre os níveis de atendimento do sistema.

Havia dificuldade para a realização de exames complementares e demora no envio do resultado, o que inviabilizava um atendimento de qualidade:

Dependíamos dos programas das regionais, do suporte das regionais. Levamos várias vezes relatórios para a SES/DF com a demanda reprimida, as pendências para encaminhar para a cardiologia, tomografia, tudo que o médico do programa pedia. A população atendida pelo FS nos dizia que ficava com o pedido durante três meses e que não conseguia fazer a tomografia, a mamografia. Surgiram alguns mutirões nas áreas rurais, com alguma sociedade de mastologia (em Planaltina, Brazlândia e São Sebastião) (C34z).

O sistema de saúde não estava organizado para atender oportunamente e com resolutividade a demanda por exames de maior complexidade tecnológica originários do FS devido a sua capacidade instalada e ao planejamento inadequado da implantação de hospitais:

O grande gargalo da demanda hoje em Brasília é a média complexidade. Os Hospitais do DF estão com o número de leitos abaixo do estimado pela OMS, estão sendo planejados para locais errados. Ceilândia e Taguatinga precisam mais do que São Sebastião (C33).

A SES/DF é muito lenta, muito burocrática e incompetente para dar resposta às demandas. Fica envolvida em um cipóal burocrático tão intenso que não consegue resolver as menores questões (C33).

É quase que impossível encaminhar paciente. Quando precisa de um atendimento secundário, terciário, é desesperador. Paciente com urgência, emergência, você faz uma cartinha de encaminhamento para o pronto-socorro e consegue. Mas consulta de ambulatório é um tormento. Uma vez chegou uma paciente com câncer de colo, eu peguei os exames dela, levei para o Hospital Regional de Planaltina, fui à oncologia e falei que pelo amor de Deus aquela paciente tem que ser atendida. Fiz a ficha dela, xeroquei os exames, acompanhei tudo e consegui. Se não for assim, não dá certo. O resultado dela deu câncer de útero (L31).

O depoimento L31 revelou que o compromisso do profissional com a resolução do problema de atendimento de média complexidade para o usuário do FS combinou autonomia com responsabilidade (CAMPOS, 2006) e conseguiu garantir o atendimento longitudinal ao caso (STARFIELD, 2004). Pode-se perceber também, pelo mesmo depoimento, que houve a criação de tecnologia leve e leve-dura em benefício da cliente adscrita pela equipe do FS (MERHY, 1994, 1999, 2006).

Na odontologia, o profissional perguntava ao paciente se ele poderia procurar o serviço privado porque não tinha como resolver algumas demandas utilizando o serviço da rede pública:

Na odonto, os medicamentos (analgésico, antibiótico) são entregues para a população atendida. Mas o resto a gente pergunta: se ela pode pagar, porque é particular. Na rede pública o tempo de espera é um ano. Quando a pessoa não pode pagar, mandamos para algum hospital de Brasília, para fazer o Raio X. Não trabalhamos com prótese dentária. (L34).

Outro profissional comentou a dificuldade de realizar os tratamentos prolongados que requerem um contato freqüente com o profissional de saúde, dentre eles a psicologia, fonoaudiologia e fisioterapias que eram componentes das equipes multiprofissionais, mas de difícil acesso por serem apenas oito em todo o DF:

Quando o atendimento é pontual, como para gestantes, a gente até consegue, mas o problema é quando precisamos de terapias mais longas, como psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, que são processos que requerem várias sessões durante meses, uma vez por semana (L33).

Algumas equipes tinham o respaldo da Chefia de Núcleo de Saúde da Comunidade da SES/DF e dos Diretores Regionais para a organização e atendimento dos encaminhamentos, além da iniciativa do profissional de buscar a solução na unidade onde o paciente precisa ser atendido:

O Chefe de Núcleo de Saúde da Comunidade da SES/DF do Gama ligava para a Coordenadora da equipe do FS e dizia quantas vagas ela tinha para os especialistas no HR. O atendimento era pela ordem de agendamento, não pela gravidade. Os primeiros quatro pacientes do FS iam para o Hospital do Gama com a consulta marcada. Lá funcionava desse jeito até pouco tempo. Mas no Núcleo Bandeirante, onde estou agora, não existe referência. O paciente não tem profissional que o atenda, não consegue nenhuma consulta de especialidade. Realmente contra-referência não existe em nenhum lugar (L38).

Para área rural do Gama, temos um livro onde se anota todos os pedidos para especialidades médica que são passados mensalmente para a GESCOM/SES (Gerente de Saúde da Comunidade). A Diretora do Hospital da regional é muito competente e resolve logo. A demanda de agosto é atendida em setembro. O ACS do FS vai à casa do paciente informa a data, hora e local do atendimento especializado (L37).

Depende muito de gerenciamento da regional, não está padronizado. Tem áreas que têm os multiprofissionais e outras em que nada disso ocorre. Cada Hospital trabalha de um jeito, atende ou não a demanda. Conforme o que tem para usar e conforme o que chega. Não tem protocolo de nada, nem de referência, nem de gravidade. Há desigualdade de recursos (L31).

Os depoimentos revelam que o atendimento especializado era organizado a partir dos recursos disponíveis nos hospitais, ou seja, demanda organizada, e não conforme as necessidades e/ou perfil epidemiológico da região em esquema de demanda aberta.

Vale lembrar que nesse período era baixa a cobertura do programa e havia maior concentração de equipes nas áreas rurais, mesmo assim a referência e contra-referência não se efetivavam para essa pequena população atendida pelo FS. Assim, pode-se pensar que houve um agravamento na questão e que a rede de serviços da SES/DF acumulou débito de atendimento à população na média e alta complexidade em relação ao período anterior, que possuía maior número de equipes e manifestou o mesmo problema.

Embora o projeto de conversão do modelo de AB fosse pautado nos princípios do SUS, a integralidade não se cumpriu:

Esse princípio da integralidade não está acontecendo porque o usuário do FS não percorre os três níveis se precisar percorrer. E a integralidade no momento do atendimento nem sempre é verificada, o paciente é visto nas partes ou somente por um profissional, quando precisaria de outros (C31).

Não se conseguir referenciar os pacientes para hospital de segundo e terceiro grau. A integralidade aqui não acontece. Então, um dos princípios do SUS já foi totalmente furado (L31).

A integralidade é um mecanismo importante para assegurar o ajuste dos serviços às necessidades de saúde da população. Se os serviços "são limitados em alcance e profundidade", a prevenção fica prejudicada, as doenças podem evoluir por mais tempo, reduz a qualidade de vida, aumentam os riscos e pode levar ao óbito precoce (STARFIELD, 2004). Para essa autora, a integralidade pode ser avaliada a partir de quanto a variedade de serviços disponíveis atende às necessidades da população e se há evidências de que os serviços existentes são usados de forma adequada para atender essas necessidades. Portanto, há que se estabelecer uma relação direta entre as necessidades da população e a oferta de atendimento adequado, caso contrário, não se consegue a integralidade dos serviços. E ainda qual a penetração da população nos serviços para atender suas necessidades, se os serviços são ofertados, se estão disponíveis e se são acessíveis a ela.

Diante dessas considerações, verifica-se que a organização dos serviços não foi pautada nas necessidades da população do FS, portanto não promoveu a integralidade dos serviços discutida por Starfield (2004).

Para Silva, Souza e Hartz, (2005), a avaliação da integralidade é composta por três dimensões: nível de atenção, em que se verificaria a execução ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; oferta e utilização de tecnologias de alta, média e baixa complexidade; e o atendimento da pessoa como ser biopsicossocial. Identifica-se nessa proposição que a integralidade depende das ações, dos serviços e da compreensão do profissional sobre o usuário, família e/ou a população, ou seja, sobre os sujeitos que são objetos do processo de trabalho.

A percepção do profissional revelou que o FS poderia ser resolutivo e organizador dos serviços se cobrisse 100% da população, só assim teria visibilidade e credibilidade frente à população:

Percebemos que, se não fechasse a cobertura naquela a cidade ou naquele grupamento habitacional, teria pouco impacto na resolutividade na saúde. Do contrário, continuaria tendo resultados inconsistentes e pouco perceptíveis, prejudicando a visibilidade e a aceitação por parte dos moradores daquele programa. Considero que esse é um grande fator de instabilidade e da não aceitabilidade por parte dos moradores do DF da importância do programa. Hoje a população do DF não tem o FS como um marco norteador ou estruturante da vida dela. O FS não é nem organizador, nem resolutivo, nada (C33).

Nesse período também foram previstas atividades de educação continuada para os profissionais do FS sob responsabilidade da FEPECES ou dos Centros de Saúde. Como consequência, havia a reprodução do modelo de atenção executado nos Centros de Saúde, que aliado à oferta de treinamentos esporádicos não possibilitou a discussão de uma nova organização para a atenção à saúde das famílias e a mudança do modelo de atenção. Todavia, nesse período também foi realizado um Curso de Especialização em Saúde da Família e alguns profissionais do FS puderam participar:

Na AB foi realizado o III Curso de Especialização em Saúde da Família para 45 profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos). A SES utilizou 25 vagas e as 20 restantes foram ocupadas pelos profissionais do FS. Terminou agora no início de 2007 (C34z).

Houve problemas de ordem administrativo-financeira para viabilizar os treinamentos, conforme o depoimento abaixo:

A FEPECS detinha o poder sobre todas as capacitações e não pôde fazer as capacitações. O pessoal do FS não recebeu nenhuma capacitação em saúde da mulher, em saúde da criança da FEPECS. Só mesmo quando os núcleos regionais da secretaria (NETS) promoviam capacitações, eles chamavam o pessoal do FS, o próprio Chefe de Núcleo de Educação em Saúde (NETS) também tinha a preocupação de nos envolver (C34z).

Ela teve problemas administrativos em relação à interpretação do Tribunal de Contas sobre a obrigatoriedade da licitação para contratar instrutores e professores. Ela foi impedida de fazer uma série de atividades, inclusive os introdutórios dos ACS que foram feitos pela Zerbini pagando a Escola Técnica da SES/DF, a Escola Técnica de Planaltina e Taguatinga. (C35z).

Para o grupo focal, a educação continuada foi insuficiente e não contemplou todas as categorias profissionais:

A única coisa que fizemos foi um introdutório do programa. Depois você pode contar nos dedos quem fez os outros cursos (L33).

Educação continuada muita gente não teve não. Só tem educação continuada para médico e enfermeiro (L34).

O sucesso de um projeto que propõe a conversão do modelo de atenção passa necessariamente pela organização de um processo de capacitação dos trabalhadores, que possa mudar paradigmas sobre o processo de trabalho e as práticas profissionais, segundo Copque e Trad (2005). Mas os depoimentos dos profissionais das equipes locais do FS revelaram que aparentemente esse aspecto não foi priorizado na operacionalização do projeto, mesmo diante das inovações contidas no projeto de conversão para a reorganização dos serviços com a articulação da saúde mental, prisional, equipes do PACS e multiprofissionais, contudo não foram implantadas na íntegra, conseqüentemente não houve mudança no modelo de atenção.

Verificou-se que havia resistência à mudança do modelo de atenção, sobretudo em relação à criação das policlínicas:

A constituição de uma policlínica entre um Centro de Saúde e o Hospital será um desperdício de recursos. Não vou achar profissional especialista para essa pseudopoliclínica, porque não consigo nem para o Hospital, quanto mais aqui, espalhados pelo DF. Se eu tirar esse Centro de Saúde daqui, para 30 mil pessoas precisaria de pelo menos sete equipes de FS, ou seja, precisaria de sete pontos de aluguel ou construção de unidades para substituir um Centro que já existe. É meio contraditório isso. Uma empresa não faria isso, tirar uma coisa que existe que funciona e colocar sete minipostos não especialistas (C33).

Esse mesmo profissional da equipe central percebeu que o modelo PSF proposto pelo MS feriu a autonomia estadual de desenhar um modelo próprio e, no

caso do DF, seria um modelo misto entre atenção à saúde da família e atenção primária tradicional (GDF/SES, 1978a, 1978b), mas com o investimento e apoio do governo:

A implantação do modelo de PSF é quase uma violência à autonomia estadual porque tira a autonomia dos estados de executarem a política que melhor se adéque à sua realidade. Aqui em Brasília é uma cidade bem estruturada, com um potencial econômico maior e com suas diferenças sociais importantes e graves, mas cabe uma implantação mista do modelo. Nos locais mais vulneráveis, de maior risco, cabe o PSF, e em locais estratégicos, cabe o Centro de Saúde modelo tradicional mesmo. Com visita domiciliar, no modelo antigo de 1979 (C33).

Nos anos 1970-80 nós tivemos um modelo que deu certo porque o governo investiu, o governo equipou, o governo teve contrato de manutenção dos equipamentos devidamente executados. Os equipamentos funcionavam, e o médico trabalhava (C33).

Uma potencialidade evidenciada para o período foram as experiências regionais de São Sebastião e Planaltina, porque as equipes foram organizadas para proporcionar cobertura populacional próxima de 100%:

Temos duas regionais que fizeram a diferença. São Sebastião, levada pela hantavirose, colocou equipes e cobriu quase 100% da população da cidade com equipes do FS: médico, enfermeira, duas auxiliares e cinco ACS. Fizemos um levantamento que revelou a diminuição de demanda no Pronto-Socorro. E Planaltina. Temos certeza que, se o PSF cobrir 100% da população, isso provoca diminuição nos Pronto-Socorros (C31).

A estrutura organizacional da SES foi apontada como um fator limitante para o desenvolvimento do FS porque não facilitou a integração da Atenção à Saúde da Família com a AB e, por ser centralizadora, impediu que os equipamentos fossem transferidos de uma regional para a outra que contava com profissionais para fazer o atendimento odontológico:

A própria estrutura organizacional da SES tem áreas paralelas, uma com Atenção Básica e outra com o PSF. Elas estão vinculadas a diretorias diferentes. Acho que essa falta de comunicação e articulação institucional fez com que eles não unissem essas duas áreas de uma forma constante, estruturada para produzir esse conjunto de normas específicas do FS (C35z).

Nós temos 10% ou 5% da população na área rural, e o resto todo na área urbana. Não tem por quê não entrar na área urbana, tem que ter um desenho agressivo para a área urbana, se você quer mudar em algum modelo de assistência no DF (C33).

Na SES não se transfere equipamento para outra regional. Se uma regional tinha cadeira para a odontologia e não contratou a equipe, não podia transferir esse equipamento para a regional que tinha a equipe de saúde bucal completa (R32z).

O modelo de implantação do FS aproximou-se do modelo de implantação singular proposto por Viana e Dal Poz (2005) porque não houve envolvimento das outras esferas do Governo, foi um modelo autônomo executado por uma empresa privada, a FZ. Sob a perspectiva de análise desses autores, pode-se considerar que o FS implantou um projeto piloto para a saúde prisional e para as equipes multiprofissionais, mas não proporcionou maior participação da comunidade e da população; e nem apresentou o envolvimento de técnicos externos para darem suporte ao seu desenvolvimento. Afora os critérios desses autores, observou-se também pouca participação dos profissionais do nível central e operacional na discussão dessas propostas que viessem a contribuir para a mudança do modelo de atenção.

4.3.3. PRÁTICA DE SAÚDE DO FS

As atribuições, responsabilidades e ações previstas no projeto para os profissionais da equipe do FS e da saúde bucal não diferiram das estabelecidas pelo MS e dos programas anteriores, entretanto enfatizaram a realização de um trabalho em equipe, sob a perspectiva da interdisciplinaridade e intersetorialidade (GDF/SES, 2004).

As etapas de implantação do FS no projeto de conversão seguiram as recomendações do MS: mapeamento, cadastramento, planejamento e execução das

práticas e do serviço. Os profissionais que participaram da pesquisa confirmaram seu desenvolvimento na prática:

A territorialização vinha da SES/DF, cada Chefe de Núcleo de cada Regional montava isso em conjunto com o Supervisor da FZ. Mas a realidade local só foi discutida depois de cadastradas as famílias (R32z).

Fazíamos o mapa com as áreas de risco em cada quadra, hipertensos, gestantes. Marcávamos o mapa com cores diferentes. Sabíamos que naquela área havia doze hipertensos, uma gestante, etc. (R31).

Fizemos o mapeamento da nossa área, depois o ACS fez o cadastramento das famílias (L33).

Era uma área definida, identificamos a quantidade de lotes, não tínhamos como estimar o número de famílias porque em alguns lotes moravam dez famílias. E depois tinha que dividir o número de lotes por ACS. Ao final, verificávamos se aquilo ali correspondia mais ou menos a um número igual de famílias por ACS (L32).

Verifica-se que a equipe central realizava a divisão do território em microáreas para que as equipes do FS fizessem o reconhecimento das necessidades da população. Entretanto, apenas o ACS participou do cadastramento das famílias. Cabe lembrar que, na proposta do MS (1994, 1998), a territorialização e o cadastramento eram instrumentos do processo de trabalho de toda a equipe, visando à apropriação do território e aproximação da população, e não apenas uma etapa do desenvolvimento da estratégia.

Nota-se que somente no SC a territorialização foi utilizada com o verdadeiro sentido atribuído a ela, cumprindo a finalidade original de apreensão do território com a inserção da equipe na comunidade.

A bibliografia sobre territorialização afirma que é uma ferramenta originária do modelo de distritos sanitários e um componente do processo de trabalho da vigilância à saúde que proporciona conhecimento sobre a área de atuação da equipe do PSF e um imperativo para a execução da ESF (MENDES, 1993; TEIXEIRA; SOLLA, 2006; BRASIL, 1998). Verificou-se que, no FS, a realização desse procedimento foi considerada uma tarefa do ACS, restringindo sua potencialidade de contribuir para a mudança das práticas de saúde da equipe.

E pela falta da apropriação do território pela equipe, o planejamento local não foi realizado com base nas características das famílias, seguiu a pressão da demanda reprimida para o atendimento imediato:

O planejamento foi feito em cima das demandas, e não das necessidades, e começamos a trabalhar com planejamento familiar, diabetes, gestantes, CD (L33).

Menos de 10% das equipes fazia o planejamento a partir dos dados do SIAB: uma no Recanto, duas no Gama, outra no Paranoá, no Currallinho. Eram ilhas que faziam esse planejamento. Aonde tinha enfermeiro como Coordenador de equipe existia certa capacitação e ele entendia a importância, a coisa fluía (C32).

As maiores necessidades da área eram: hipertensão, criança menor de um ano, é prevenção. A equipe conhece todos os programas, só que dá ênfase às necessidades na área. Quando realizaram o atendimento desses problemas e melhoram o quadro, já fez prevenção de todas as mulheres na faixa etária, vão para outra necessidade. Havia uma rotina, cada equipe atendia todos os programas de segunda a sexta (R31).

Para os grupos definimos os dias específicos e, dependendo da demanda, havia mais de um horário por semana (L32).

Nesse período, a demanda espontânea por atendimento orientou a organização da produção dos serviços pelas diretrizes do modelo de ação programática coincidindo com a análise feita por pesquisadores do tema (ALMEIDA; ROCHA, 19997; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Contradizendo a proposta do modelo de vigilância à saúde de se tomar as necessidades, riscos e vulnerabilidades das famílias como orientadoras da prática e do processo de trabalho, conforme recomendações de Teixeira (2002a).

Percebe-se forte influência do modelo de ações programáticas nas práticas de saúde do FS: ações sobre o coletivo, organizadas por ciclo de vida (criança, gestante), por doenças especiais (hipertensão, diabetes), baseadas em programas definidos, como a assistência integral à saúde da mulher, em que um dos conteúdos é o planejamento familiar e, outro, a prevenção do câncer cérvico-uterino (SCRAIBER et al., 2000; FERREIRA, 1997; ALMEIDA; ROCHA, 1997; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). No modelo de programação, a finalidade do processo de trabalho é imediata, contempla-se primeiro a resolução do problema do usuário que compõe a oferta organizada de práticas assistenciais e posteriormente a outra parcela do coletivo que apresenta problemas de relevância epidemiológica, essa característica pode ser reconhecida no depoimento a seguir:

Já fez prevenção de todas as mulheres na faixa etária, vão para outra necessidade. (R31)

Compreende-se a importância da ação programática na assistência aos problemas coletivos organizados por evidências epidemiológicas, mas sua prática é

limitada quanto à compreensão da subjetividade e individualidade do sujeito histórico e social que é seu objeto de trabalho, sobretudo quando utilizada no PSF. Silva, Pinheiro e Machado (2003) alertaram para o fato de que nem sempre a demanda da população corresponde às "necessidades moduladas" pela oferta de serviços. Algumas necessidades da população não são apreendidas como objeto de trabalho da unidade de atenção básica porque não se enquadram nas ações programáticas preestabelecidas e priorizadas pela equipe. Desse modo, algumas necessidades percebidas pela população permanecem sem nenhum tipo de atenção, pois não são consideradas como objeto do processo de trabalho daquela unidade.

A finalidade do FS, segundo a percepção dos entrevistados, era facilitar o acesso aos serviços de saúde, oferecendo consulta médica e tratamento, concomitantemente às ações de prevenção e promoção, e o encaminhamento para dar continuidade à atenção em outras unidades e serviços:

Um trabalho de prevenção e promoção mesmo, indo a loco (R32z).

Atender pessoas que têm difícil acesso aos Centros de Saúde e aos Hospitais. A área rural tem dificuldade de acesso, logo, é ali que funciona o verdadeiro PSF, porque não existe outra opção a não ser o programa. Onde o médico é generalista, ele atende hipertensão, diabético, gestante, criança, idoso, ele conhece a mãe, a avó, a criança. Na área urbana é para atender as pessoas que têm mais dificuldade de acesso à atenção básica (R31).

O acesso àquelas atividades essenciais para garantir uma qualidade de vida que implica de ações de promoção, de prevenção e de atenção básica, de consulta, de tratamentos naquele nível mais próximo. E os encaminhamentos que não são resolvidos naquele nível para ter acesso a outros níveis de atenção (C35z).

Hoje as pessoas sabem que a saúde é prevenção, é bem estar em todos os aspectos. O pessoal ainda chega procurando tratamento, mas o FS está ajudando a mudar isso (L31).

A proximidade existente entre as equipes e as famílias, e a facilidade de acesso foram percebidas como finalidade do PSF, assim como a realização do trabalho de prevenção. Vale lembrar que a estratégia de saúde da família ampliou o acesso de grande parte da população desassistida pela saúde, notadamente no Nordeste, nas experiências iniciais. Os municípios de pequeno porte que desenvolveram a estratégia apresentaram maior cobertura populacional, portanto ampliaram o acesso à atenção básica. Por outro lado, o acesso nos grandes centros é dificultado pela pulverização de equipes, que se tornam invisíveis aos olhos da população, ao mesmo tempo em que ampliam a demanda por atendimento de média e alta complexidade. Sob esse prisma, o acesso adquire novas feições, pois

depende também da garantia do atendimento nos demais níveis do sistema de saúde para não comprometer a integralidade da atenção, como discutido por vários autores (SOUSA, 2007; BRASIL, 2002, 2003, 2004, 2006; SENNA, 2002; SISSONE, 2007; SPINK, 2007; GIOVANELLA, 2003; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

Quando se analisa o acesso, há que se verificar se as unidades de Atenção à Saúde da Família tornaram-se a porta de entrada do sistema de saúde. Estudos sobre esse tema revelaram distintas realidades: em municípios onde houve a implantação substitutiva, as unidades do PSF cumpriram essa função, mas nas localidades onde foram implantadas como um serviço paralelo, as unidades de atenção básica existentes não se tornaram porta de entrada do sistema (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005; VIANA et al., 2000; HATRZ; CONTRANDRIOPOLOS, 2004).

Travassos e Martins (2004) acrescentaram novos olhares à avaliação do acesso, referiram que ela não está restrita à oferta de serviços, deve contemplar a análise dos fatores individuais que levaram ao seu uso, o impacto que causa nos indicadores, e os resultados obtidos pelo usuário depois receber os cuidados, portanto, refere-se também à qualidade da atenção.

Sousa (2007) concluiu que o acesso proporcionado pela estratégia de saúde da família é desigual e compatível com as desigualdades sociais presentes na população brasileira, revelando a importância da utilização do conceito também para avaliação da consolidação dos princípios do SUS.

No grupo focal, os sujeitos afirmaram que a finalidade do FS era ampliar o vínculo, o acolhimento e compreender o contexto de vida das famílias:

FS é aproximar o profissional de saúde do indivíduo e contextualizar seu ambiente e suas condições de vida e de moradia. Muitas vezes a pessoa só quer conversar e contar o problema (L35).

As pessoas se sentem acolhidas e bem cuidadas quando freqüentam a equipe do FS. Por isso as pessoas que têm recurso maior também procuram, porque se sentem mais acolhidas, mais observadas, mais seguras em relação à saúde (L32).

A Estratégia dá um atendimento mais personalizado, cria um vínculo, faz com que a comunidade adote o autocuidado também (C32).

A percepção do profissional sobre o atendimento personalizado evidenciou sua compreensão de um objeto de trabalho amplo, constituído de peculiaridades que só podem ser percebidas quando se adota o modelo de vigilância à saúde

(TEIXEIRA, 2002, 2003, 2005). Verificou-se que nos depoimentos colhidos que houve a percepção da existência de elementos dessa prática.

O desenvolvimento do autocuidado implica no desenvolvimento de habilidades pelo usuário que são construídas durante as intervenções da equipe do FS, revelando um traço importante do modelo de vigilância à saúde (BUSS, 2003; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2005). Foi detectado também que o autocuidado proporciona responsabilização mútua entre família-equipe e estimula a autonomia do usuário nas decisões sobre seu processo terapêutico (CAMPOS, 2001).

Nota-se que a prática do FS incluiu as tecnologias leves para promover a mudança do modelo de atenção, valorizando as relações intersubjetivas e a micropolítica do trabalho em ato (MERHY, 1997, 2001, 2006; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Outra finalidade do FS evidenciada foi a prática da escuta e do acolhimento, que favorecem a mudança do modelo de atenção e das práticas de atenção básica (GOMES; PINHEIRO, 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004; CAMPOS, 2006; MERHY, 2006). Além dessas, a mudança de paradigma da saúde também foi percebida como uma finalidade do processo de trabalho do FS pelos participantes do grupo focal mediante o estímulo ao autocuidado e aos comportamentos que garantam a qualidade de vida:

Faz com que a comunidade adote o autocuidado também. É mudar o paradigma que a população tem para a promoção da saúde. Agora nunca vai ter impacto nos indicadores se as equipes forem pulverizadas nas regiões e sem a menor condição de trabalho (C32).

As pessoas já têm a consciência de que tudo não se resolve em hospital, isso é o mérito maior: a mudança de mentalidade das pessoas. Ter a noção de que as doenças aparecem de acordo com a qualidade de vida dela. Se ela se alimentar direito, se cuidar, irá ter uma de vida melhor. Hoje as pessoas sabem que a saúde é prevenção, é bem estar em todos os aspectos. O pessoal ainda chega procurando tratamento, mas o FS está ajudando a mudar isso (L31).

A qualidade de vida é um princípio do modelo de promoção da saúde que preconizou também a adoção de políticas saudáveis e ambientes favoráveis à saúde (BUSS, 2003). Verificou-se que, nas práticas do FS, o profissional utilizava o conhecimento sobre a qualidade de vida para ampliar sua visão sobre o objeto e a finalidade do processo de trabalho.

Em síntese, os depoimentos revelaram uma polissemia de significados sobre a finalidade do processo de trabalho da Saúde da Família, além do acesso facilitado: a criação do vínculo, prevenção, promoção do autocuidado e mudar o paradigma de saúde ampliando os meios, instrumentos e saberes necessários para a realização das práticas e o alcance do objetivo desejado, indo ao encontro dos achados por Takemoto e Silva (2007) feitos a partir da observação do processo de trabalho e das entrevistas com profissionais do PSF da cidade de Campinas.

As famílias atendidas pelo FS eram em sua maioria carentes, desempregadas, mas também existiam aquelas que possuíam plano de saúde, aposentadoria e recebiam a equipes do FS, conforme depoimento do grupo focal:

Concentra nas áreas mais carentes de dinheiro, de cultura, de saúde, de educação, de tudo. Eles são carentes de tudo (L31).

Na Estrutural tem pessoas que nem têm salário. Não têm nada, nem estrutura. Mas no Guará visitamos idoso e o paciente que tinha aposentadoria, convênio com plano de saúde e o FS (L36).

No Sítio do Gama, muita gente tem convênio com a clínica particular e procura a equipe do PSF. Muitas famílias iam aos Postos pedir para serem cadastradas, para ter o curativo a nível domiciliar (L37).

Percebe-se que o objeto de trabalho do FS – as famílias – também era conhecido pelos profissionais. Famílias usuárias dos planos de saúde e pensionistas também buscavam atendimento no FS.

O processo de trabalho do FS foi descrito pelos participantes como sendo organizado segundo os núcleos de saber clínico de cada profissional: o ACS fazendo as visitas domiciliares, os AE faziam a pré-consulta, medicação e curativo, médicos fazendo consulta, e os enfermeiros, atendimento em grupo, palestra e a visita domiciliar.

Era só um AE que basicamente faz a pré-consulta do médico, do enfermeiro e inicia a medicação e os curativos. Não tinha tempo para fazer visita domiciliar. O médico é sobrecarregado porque o paciente quer a consulta, o medicamento, ele também nem visitava porque seu contrato era de 20 horas semanais nas equipes do PACS (L38).

Os ACS estão na rua todos os dias, em áreas distantes, visitam de três a seis famílias por dia. Andam o dia inteiro e não conseguem visitar muitas famílias. E tem a diferença entre a área urbana e a área rural. O assistente social também visita e faz um trabalho social. Os enfermeiros são de importância vital, desenvolvem vários trabalhos de CD, palestras, ajudam gestantes, porque a demanda é muito grande. O médico sozinho não dá conta de fazer atendimento e visita domiciliar. Não tem jeito de ficar cuidando de prevenção o tempo todo, porque é muito atendimento de emergência (L35).

Embora o FS desenvolvesse práticas de promoção e vigilância à saúde, sua organização do processo de trabalho era baseada na consulta médica e no atendimento clínico individual (ALMEIDA et al., 1997; ALMEIDA; MISHIMA, 2001). As práticas dos demais profissionais eram circunscritas a esse núcleo central. Os profissionais perceberam a importância da visita domiciliar como instrumento do processo de trabalho, entretanto pareceu ser um instrumento de trabalho predominante na prática do ACS. Na prática médica sobressaiu a consulta individual com prescrição de medicamentos, destacando uma característica do modelo clínico individual biomédico.

Almeida e Mishima (2001) consideraram que o trabalho em equipe é um desafio para as equipes de Atenção à Saúde da Família. Sua inserção deve-se dar nos espaços de prática e de formação em saúde em um esforço contínuo para que haja a relação de complementaridade, interdependência e autonomia relativa entre os saberes, permeado por um processo de comunicação mais efetiva e construtiva.

A prática do odontólogo era organizada mediante agenda fechada para atendimentos individuais e palestras sobre prevenção, entretanto esse profissional referiu sofrer grande pressão da população para realizar cuidados curativos:

Trabalho com agenda fechada, toda semana é a mesma coisa. Tem lista de espera de até dois meses. Para as crianças, faço palestra mensal junto com os pais, e a lista de espera para o atendimento demora de um a dois meses, mas só depois de o pai ter assistido à palestra sobre prevenção. As crianças que são do CD, até dois anos, e as gestantes passam de seis em seis meses no consultório para ver essa escovação, alimentação, prevenção. Faço as visitas para chamar as crianças para os grupos que têm reunião marcada uma vez por semana. Queremos falar de prevenção, mas é muita gente que pede e precisa do curativo (L34).

As atividades em grupo foram relatadas como componente do processo de trabalho, eram percebidas como uma prática aderente ao modelo de ações programáticas (ALMEIDA et al., 1997; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006):

A maioria dos casos é de hipertensão e de diabetes. Fizemos grupos de atividades físicas, atendimento individual e trabalho de prevenção. O médico atende o paciente, prescreve fisioterapia, e nós atendemos ali mesmo ou encaminhamos para onde ele possa ser atendido (L36).
Ações básicas de saúde: pré-natal, CD, grupos de hipertensos, de idosos, de prevenção do câncer ginecológico. Tudo o que se fazia no Centro de Saúde o FS fazia, só que com uma grande diferença, com visita domiciliar. O médico visita, o enfermeiro visita, todo mundo visita. Existe o cadastro da família, o que não existe no Centro de Saúde, essa também é uma diferença do programa (R31).

De acordo com as visitas e mapeamentos, montamos grupos e prioridades, como o de hipertensos, diabéticos, gestantes, hanseníase, grupos voltados

para adolescentes, de acordo com a região. A equipe regional tinha autonomia para estabelecer prioridades e o projeto central era mais a base (R32z).

O processo de gerência da unidade compunha-se da organização da força de trabalho, das reuniões (internas, com a regional e com a equipe central) que abordavam o conteúdo das práticas e da organização dos serviços:

Todos faziam 40 horas semanais (regional, central, local). Desde o médico até o ACS, sendo 20 horas atendimento em domicílio e 20 horas na unidade do FS. A equipe dividia o horário de acordo com as prioridades. Os ACS ficam mais no trabalho de residência. Era uma reunião por semana com a regional na sede durante três horas para ouvir o que estava acontecendo em cada equipe e para traçar planos. Todas as equipes tinham as reuniões internas. No nível central tinha uma reunião por semana com a Equipe Técnica da FZ para traçar todo o planejamento, desde parte de RH, selecionar profissionais e coisas do tipo (R32z).

Para Mishima et al. (1997), a gerência dos serviços não se refere apenas ao domínio dos conhecimentos técnicos administrativos, e, sim, da dinâmica da produção das ações de saúde envolvendo a compreensão do modelo assistencial, do processo de trabalho e das práticas determinadas pela finalidade, objeto, meios e instrumentos previstos. Os gerentes cuidam para que o projeto de produção da saúde seja operacionalizado no cotidiano dos serviços, sendo considerada uma função primordial porque pode direcionar a prática para mudanças ou manutenção do modelo adotado.

A prática do FS incluiu a execução do projeto denominado "Cuidando do cuidador", que ampliou as ações de orientação individual ou em grupo, visando criar habilidades para cuidar e também para receber cuidados da equipe:

O programa para cuidar do cuidador envolvia várias práticas, dentre elas uma reunião mensal com todos os colaboradores daquela regional, festa de natal, junina, alguns encontros (C34z).

O PSF também orienta o cuidador da família. Na família tem sempre um cuidador que recebe orientação da equipe do FS, e ele cuida melhor da pessoa em casa (L37).

Detectamos que o cuidador está precisando de cuidados, não está agüentando mais, chorando. E levamos o cuidado porque o FS vê e percebe bem o que a família está precisando (L36).

Para Rehem e Trad (2005), o cuidador constrói seu referencial para o ato de cuidar de acordo com a sua dimensão afetiva em relação ao usuário, a natureza e o significado de sua prática no domicílio, tanto para ele como para o usuário e a família. Prevalece o bom senso sobre a eleição das ações de cuidado, uma vez que

nem sempre os cuidadores recebem formação específica para realizá-los. Os autores recomendaram que o PSF orientasse e treinasse os cuidadores para as tarefas específicas a serem realizadas e desse apoio contínuo e oportuno para que desempenhem com sucesso sua prática.

A equipe do FS que atuava na área rural não poderia prestar atendimento de emergência e nem realizar medicação endovenosa porque não dispunha dos instrumentos tecnológicos adequados na unidade. Segundo o depoimento de uma profissional da equipe central da FZ, essas limitações traziam "muita angústia" para o profissional:

Pela falta do kit de emergência, não podia fazer injetável, vacina não podia fazer na equipe rural. Acho que isso traz muita angústia para o profissional (C34z).

Chegam pacientes no FS toda hora, com urgência e emergência. Casos para serem atendidos em pronto-socorro. Paciente com pressão de 240 por 120 no Posto de Saúde, com quadro de edema agudo de pulmão, sendo que isso era urgente para ser atendido num pronto-socorro e pronto. O FS não tem como atender esses casos (L31)

Como agravante para o não atendimento das urgências, foi revelado que existia uma demora e ineficácia do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) aos chamados das equipes do FS, configurando a falta de integração entre os diferentes serviços da rede, o que influenciava as práticas de saúde do FS:

O SAMU demora muito a chegar (L31).

SAMU não vai à estrutural porque acha perigoso (L33).

A prática do ACS era essencialmente a visita domiciliar, como foi relatada pelo profissional do grupo focal, e o fato da equipe dispor de carros determinava o alcance das metas estabelecidas para sua produção:

O ACS traz para a gente o usuário. Ele descobriu uma gestante na sua microárea, automaticamente ela é agendada no pré-natal e recebe o atendimento (L33).

Para as visitas na área rural, temos carro três vezes por semana, o dia todo. Assim os ACS podem ir mais longe. Fazemos a escala e as famílias mais distantes recebem a visita semanal (L32).

A prática de saúde do enfermeiro do FS era desenvolvida majoritariamente na unidade em decorrência da demanda e do número de equipes do local. Suas ações eram voltadas para o atendimento individual e de grupo, consulta de enfermagem,

visitas domiciliares em menor grau, atendimento de crianças no CD, pré-natal, adultos no programa de DST, hipertensos e diabéticos e atividades educativas com o apoio de um grupo de teatro:

Faço consulta de pré-natal, CD, DST. É muita demanda e não posso priorizar a visita domiciliar (L33).

O trabalho é com gestante, CD, hipertensos, diabéticos, DST, e vários outros. Quando ele assume o seu papel, é respeitado, como na prevenção de câncer do colo do útero. Chegamos ao Posto e há dois anos não se fazia prevenção de câncer de colo de útero. Fizemos o rastreamento, estamos quase zerando a coleta de exames. Esse atendimento é feito toda a sexta-feira. Tinham mulheres que há oito anos não faziam. Temos que fazer o que precisa ser feito e não o que gostamos (L38).

Hoje tenho um dia específico para gestantes, passamos a trabalhar com o teatro nas atividades educativas (L33).

Atendíamos grupos dentro do Centro de Saúde ou na comunidade, em igrejas e escolas (L37).

Também incluíam a prática de atividades extramuros, onde predominou o conteúdo de prevenção e promoção da saúde e a utilização da tecnologia inovadora, como o teatro.

O enfermeiro era o responsável pela equipe do PACS, e uma função destacada pelos profissionais do FS foi a supervisão do trabalho dos ACS, sobretudo o controle das visitas domiciliares às famílias:

Comecei a controlar mais a visita do ACS para evitar problemas com a supervisão da FZ. Peço para a família assinar um livro após a visita. E, quando a família não está, peço para o ACS deixar um bilhete dizendo que esteve ali e a família não estava. Percebo a necessidade de fazer a visita não na casa que o ACS queria me levar, e, sim, em outra. Vou sozinha e antes dele. Porque já tive casos em que o paciente falou na frente do ACS que há três meses não recebia visita, que ele não aparecia. Passei a ter que controlar mais de perto, pois, como Coordenadora da equipe, sou responsável por isso. Um ACS se zangou, quase me bateu e disse que iria deixar a equipe, mas expliquei que era minha função. Mas se você fecha os olhos, o ACS sai à tarde para fazer visita domiciliar e acaba indo para casa. É preciso acompanhar (L33).

Sakata et al. (2007) concluíram que uma das funções da visita domiciliar é o controle sobre o processo de trabalho executado pelo PSF. As autoras referiram que o controle do processo de trabalho pode ser adjetivado (positivo ou negativo), seria positivo quando sua finalidade fosse garantir a qualidade da atenção e a longitudinalidade; e negativo quando fosse utilizado apenas para o preenchimento de fichas e relatórios, distanciando-se do objetivo da vigilância à saúde. No depoimento do profissional do FS, o controle percebido pelo profissional em relação

à visita domiciliar foi positivo, visando a qualidade da atenção, sendo um potencial para a mudança das práticas e do modelo de atenção.

O depoimento de outro profissional reforçou a importância da supervisão do enfermeiro como Coordenador da equipe do PACS em relação ao trabalho do ACS, especialmente para que as puérperas não ficassem sem o acompanhamento necessário:

O médico faz as primeiras visitas do puerpério. Tiveram casos de gestantes que ficaram quatro meses sem ninguém aparecer. O ACS não tinha aparecido e ela reclamou. Pedi explicações para o ACS e ele se chateou, disse que estava querendo regular seu trabalho. Tem que conversar, pois acaba acontecendo, a própria comunidade fala (L31).

A prática médica era centrada nas consultas individuais aos usuários dos programas desenvolvidos na unidade, como os diabéticos, os hipertensos e as crianças, seguindo o modelo de ação programática para a demanda organizada, por ciclo de vida, doenças especiais ou de importância sanitária (SCHRAIBER, 2000; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; TEIXEIRA, 2006). O médico também realizava visita domiciliar a pacientes acamados e por solicitação dos demais profissionais da equipe:

Atendíamos diabetes, hipertensão, criança, infecção de via aérea, muitos casos de neurologia e muitos casos de vertigem e tontura, que os fonoaudiólogos ajudariam muito. O que falta é ajuda. Se tivéssemos uma equipe multidisciplinar, ajudaria, mas em quatro anos de programa eles nunca apareceram no posto (L31).

Nem sempre a agenda do FS é aberta. Às vezes, o médico consegue sair para visita domiciliar. Tinha médico do FS que se escondia dentro da van, para o paciente não ver, para poder fazer os atendimentos no domicílio. E médico que falou para todos os hipertensos: vou atender vocês em casa. Mas ainda está muito curativo, a demanda curativa é muito grande (R32z).

A população não gosta que o médico faça só prevenção, quer até atendimento de pronto-socorro. Eles querem ser atendidos por um bom médico e querem sair com a receita na mão de qualquer jeito (L35).

Observa-se, pelo depoimento de L31, que em sua regional não havia a equipe multiprofissional para atender problemas identificados na consulta médica. Verifica-se, pelo depoimento de R32z, que o médico fazia visita domiciliar, mas a demanda era por ações curativas, confirmada pelo depoimento de L35 de que a população buscava a consulta médica e o medicamento. Semelhante resultado foi encontrado por Rozani e Silva (2008) quando investigaram a opinião dos profissionais, gestores e usuários sobre o PSF em dois municípios de Minas Gerais e evidenciaram que

algumas vezes "os objetivos da equipe (prevenção e promoção da saúde) e os objetivos da população (ter suas necessidades de saúde atendidas) não se ajustam". Para Scherer, Marino e Ramos (2005) o PSF pode ser uma possibilidade de ruptura com o modelo clínico/biológico/flexiniano dominante desde que seja coerente com suas bases epistemológicas e aberto ao reconhecimento e enfrentamento de suas próprias falhas e crises.

Durante a visita domiciliar, o médico deparou-se com problemas complexos e pouco estruturados do ponto de vista nosológico, necessitando uma atuação multiprofissional, com o assistente social, o nutricionista e o psicólogo:.

Identificamos uma família (mãe e a filha) que ficava trancada no porão o dia inteiro. Não tinham o que comer, as duas estavam desnutridas e não tinham quem olhasse por elas. Viviam de esmolas e nada mais. Não tinham aposentadoria, nada disso. Então elas existem, mas não existem. Eram criadas como se fossem bichos. Isso chega para o médico, para a enfermeira e para os ACS, mas quem pode resolver isso é a assistente social e a equipe encaminha, como pode. Chamei até a polícia. Fiz carta de encaminhamento e a assistente social não resolveu (L31).

A demanda identificada pelo médico durante a visita domiciliar revelou que havia necessidade do assistente social, mas na regional não havia a equipe multiprofissional. Demonstrou também que as demandas das famílias vão muito além dos cuidados de saúde no sentido restrito, e que o conhecimento da realidade familiar leva o profissional a se deparar com problemas que estão fora do seu alcance técnico, exigindo a intervenção de outros saberes e de outras ações, reforçando o depoimento anterior da necessidade das equipes multidisciplinares em todas as regionais para promover o acesso e a resolutividade dos problemas identificados pela equipe FS. Essa dificuldade também foi identificada no estudo feito por Sakata et al. (2007) como um sentimento de frustração e impotência do profissional do PSF diante da complexidade de se aproximar da realidade e do modo de vida das famílias e se deixar envolver pelos sentimentos afetivos e pelo vínculo, sem contudo dar resolutividade a todos os problemas identificados.

A proposta mais atual para a solução desse impasse é a clínica ampliada, que além de estabelecer o vínculo, estaria comprometida com o alívio do sofrimento do usuário e com a defesa da vida (PIMENTA, 2005; CAMPOS, 1999, 2003).

Além das dificuldades de atender demandas não incluídas nas ações programáticas, o paradigma dominante na formação do médico não inclui conteúdos que o auxiliem na prática da visita domiciliar porque o projeto pedagógico é centrado

na clínica individual e no processo de trabalho cuja finalidade é a cura, mediante o uso, cada vez mais sofisticado, de recursos tecnológicos para o diagnóstico e a terapêutica (PAIM, 1999; MENDES, 1996; MERHY, 2006).

A prática de saúde do dentista era organizada em função da demanda e do "bom senso" pela falta de orientação da Coordenação Central para conduzir sua prática e do treinamento introdutório para definir seu processo de trabalho. Realizava visitas domiciliares, mas prevaleceu a consulta individual e o tratamento de problemas odontológicos (dor e cáries) e encaminhamento para prótese. Este profissional afirmou que passou a atender o adulto como objeto de sua prática considerando a grande demanda de hipertensos, diabéticos na unidade que eram freqüentadores das atividades propostas pelas ações programáticas. Também organizou sua agenda com horários fixos, demanda organizada, para os atendimentos na unidade, porém as consultas individuais só eram realizadas após a participação do usuário nas palestras educativas:

Uma hora a Coordenação central fala que o dentista é obrigado a fazer visita domiciliar, em outra, diz que o dentista tem de ficar na unidade de saúde. Decidi fazer visita com os ACS meio período por semana. A prioridade para o tratamento era para paciente que tinha quatro ou cinco cáries na boca toda (código dois) porque é mais rápido o atendimento, em uma ou duas sessões termina. (L32)

Meio período para atender hipertensos, meio para gestantes e meio para diabéticos, que eram as prioridades. A demanda de gestante aumentou e marcamos mais de um período por semana. Os hipertensos e diabéticos precisam de próteses, o atendimento era rápido e encaminhávamos. Palestras educativas tanto para adultos quanto para crianças. Só recebia tratamento depois de passar pela palestra e aprender a fazer a higiene da maneira adequada (L34).

Paciente com dor se fazia o tratamento daquele dente, código dois, que era o caso menos grave. Porque se fosse atender o paciente mais grave (código três) demoraria dois meses e não abriria vaga para outros. Deixamos os códigos três, esses mais graves, por último. Depois de um ano e cinco meses começamos a entrar nos casos de código três, que são os que têm mais problemas, mas não resolvíamos tudo (L32).

Uma dificuldade identificada pelo dentista era a falta de Raio X e de locais para o encaminhamento dos pacientes com problemas mais graves. Resultou em solicitar a colaboração de algumas faculdades privadas que ofereciam esse atendimento.

Dentes com duas ou mais raízes sem visibilidade, sem Raio X não tem como mexer, seria um problema maior. Não faço. Fizemos parcerias com faculdades que têm clínicas atuando ali: a Católica e a Unip, tentamos encaixar um atendimento para o paciente que não tem condição de pagar.

Na rede da SES é impossível conseguir, demora um mês para ser atendido (L32).

Observa-se que a necessidade de atender a demanda gerou uma parceria intersetorial informal que resultou na solução do problema, coincidindo com os achados de Paula, Palha e Protti (2004) sobre a percepção dos profissionais a cerca das práticas intersetoriais. Essas práticas foram apontadas como um desafio a ser conquistado não só pelos trabalhadores, mas pela instituição, pelo SUS e pela sociedade solidária.

As atribuições, ações e/ou responsabilidades dos profissionais da equipe multiprofissional do FS contidas no documento expressaram a preocupação com a integração, o trabalho conjunto, a ação interdisciplinar e intersetorial.

A prática de saúde da fisioterapeuta das equipes multiprofissionais era desenvolvida em visitas domiciliares e na unidade, com ações curativas, preventivas e estímulo ao auto-cuidado que se aproxima da proposta de co-responsabilidade pela saúde (CAMPOS, 2006; MERHY, 2006).

Detectamos que a maioria dos pacientes era acamada e precisava de outro tipo de tratamento. Fizemos um grupo de cuidadores para dar orientações e fazer visitas domiciliares. Atuamos muito na visita domiciliar de pacientes acamados que não têm condições. O médico me encaminha para o atendimento e as orientações sobre a mudança de decúbito. Há casos em que a própria equipe comunitária, o ACS, percebe a necessidade do fisioterapeuta, porque ele está na cadeira de rodas e não mexe a perna (L36).

A prática do grupo de cuidadores também foi adotada pelo fisioterapeuta inovando o processo de trabalho do FS, valorizou a ação da família ao mesmo tempo em que apoiou e orientou o cuidador, na perspectiva do afeto, da escuta, da empatia e do apoio psicológico, além de discutir e oferecer conhecimento sobre habilidades técnicas que facilitariam suas intervenções e sua própria condição de saúde, aproximando essa prática do modelo psicossocial de atenção ao indivíduo e à família (PÜSCHEL et al., 2006).

A prática da fonoaudióloga das equipes multiprofissionais era direcionada para os pacientes diabéticos e hipertensos, criança e mães, gestantes, nutrízes e apneicos roncadores:

Para o diabético e o hipertenso não adianta dar só a medicação e não fazer o exercício físico. No caso do CD, as crianças têm baixo peso porque as mães amamentam até seis meses, mas por falta de dinheiro ou preguiça não complementam com a alimentação sólida. Não é só para o crescimento

nutricional, mas porque a criança precisa mastigar, desenvolver o olfato, a deglutição, a parte muscular. A gestante faz atendimento com a fisioterapia, alongamento e tem acupunturista, psicólogo e farmacêutico. Na amamentação, tem a necessidade de estimular os órgãos mastigadores, para falar bem, respirar bem e deglutir bem. Montamos um grupo de apneicos roncadores que não dormem com a esposa devido ao ronco. E tem criança com problema na escola porque não escuta e não aprende nunca; e criança que precisa de aparelho ortodôntico e não tem como resolver (L35).

A prática desses dois profissionais (fisioterapeuta e fonoaudiólogo) revelou novas demandas ao programa e a possibilidade de contribuir com o processo de trabalho da Saúde da Família mais integral. Os portadores de necessidades especiais puderam receber ajuda e orientação. Os pacientes acamados poderiam receber cuidados em domicílio com o objetivo de evitar seqüelas e prevenir agravos. O cuidador pode ser ouvido e receber orientações sobre autocuidado e conhecimento sobre as formas de melhor fazer seu trabalho. Os participantes dos tradicionais grupos da atenção básica também puderam se beneficiar das práticas do fonoaudiólogo, que orientava as gestantes, nutrízes, crianças e adultos com problemas de ronco e apnéia. Mas as práticas do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo foram predominantemente centradas na consulta individual para a compreensão do problema e das ações de autocuidado, além de identificar tratamentos necessários que precisavam de encaminhamento para outro profissional.

Para Peduzzi (1998, 2001), que estudou o processo de trabalho em saúde coletiva sob a perspectiva da equipe multiprofissional e do trabalho em equipe, existem dois tipos equipes: equipe agrupamento e equipe integração. Para essa classificação, a autora baseou-se na comunicação entre os agentes do trabalho, nas diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados, na formulação de um projeto assistencial comum, nas especialidades de cada área profissional, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. A equipe agrupamento foi caracterizada como aquela em que ocorre a justaposição das ações dos profissionais, a comunicação é externa ao trabalho e predominantemente pessoal, não existe um projeto comum, a divisão de trabalho é rígida, hierarquizada, e por especialidades, e a autonomia profissional é restrita. Na equipe integração há um projeto comum. Os profissionais são valorizados em suas especialidades, mais autônomos na execução do trabalho, a divisão do trabalho é mais flexível e existe um agir comunicativo que permeia as práticas.

Diante do exposto, depreende-se que o trabalho desenvolvido pela equipe do FS caracterizou-se como uma equipe agrupamento, e não como equipe integração, pois cada profissional executava as suas ações isoladamente devido às poucas oportunidades para articulação das ações. Ademais, o trabalho desenvolvido pelos membros da equipe básica demonstrou seguir o modelo médico centrado. As equipes multidisciplinares não se constituíram como uma proposta de clínica ampliada por não executarem o projeto terapêutico singular elaborado pela equipe como uma unidade de co-produção da saúde, "em reunião onde todas as opiniões são importantes para entender o sujeito doente e sua relação com a doença" para definir as intervenções necessárias (CARVALHO; CUNHA, 2006). Parece não caracterizar a "responsabilização" nos moldes propostos por Campos (2006) e nem a divisão do poder gerencial (CARVALHO; CUNHA, 2006) em modelo de atuação centrado no usuário que refletisse a ação de diferentes núcleos e campos de competência e saberes dos diferentes profissionais.

O trabalho executado pelas equipes do FS foi considerado diferente do trabalho executado pelos profissionais dos Centros e Postos de Saúde. As diferenças percebidas pelos participantes foram: a equipe do FS conhece a realidade, o FS trouxe a demanda para os serviços de saúde, a população e a produtividade do FS são menores do que na UBS, é mais humano, é trabalho preventivo, há mais tempo para o atendimento e para a escuta, estabelece vínculo com a comunidade e requer maior responsabilidade da parte do profissional porque a pessoa volta e o profissional vai até a casa dela, há troca entre o profissional e o usuário:

Quem trabalha no Centro de Saúde só atende a demanda e não conhece a realidade. Os ACS vieram com o PACS, trouxeram a realidade para os médicos do Centro de Saúde e junto estava a demanda (C31).

O Centro de Saúde é mais pronto-atendimento, é ambulatorio. Não tem trabalho preventivo (L35).

Também é diferente pelo vínculo com a comunidade. O Centro de Saúde não vai às residências, não tem vínculo com a comunidade. Porque o Centro de Saúde vai à casa do paciente? É aí que está a maior diferença (L33).

E tem humanização. É muito melhor. Também o PSF vai à casa do paciente. Você recebe o paciente no posto e depois vai até a casa dele. Isso gera uma troca (L32).

Trabalho voltado para a população cadastrada no FS. No FS você tem mais tempo para a consulta. No FS tem que resolver e atender bem. Precisa ter

responsabilidade porque a pessoa volta à equipe e a equipe volta às casas. Se você não atende bem ele no posto, com que cara você vai chegar depois na casa dele? Tem que tratar com carinho, atenção. Isso não exista em Centro de Saúde e em Pronto-Socorro onde o médico tem que atender a 100 pacientes em três horas, quatro horas. Enquanto que no PSF você atende cinco, então você abraça, conversa, ouve. No PFS é uma média de um paciente por hora. Muito mais minucioso (L31).

As parcerias feitas durante o FS tinham como objetivo a realização de atividades extramuros, principalmente reuniões e palestras educativas com a comunidade e/ou grupos, mutirões, atividades de lazer e promoção da saúde, resgate da cidadania com o esclarecimento sobre as questões jurídicas relacionadas à violência intra-familiar e atividades de produção de renda conforme relato dos participantes:

A EMATER dava palestras sobre intoxicação e precisam de nós para fazer exames laboratoriais. Outras parcerias: CAESB; a escola, o Corpo de Bombeiro; a Polícia Militar; SESI, Água Mineral. O trabalho não está voltado só ao atendimento, ele está voltado ao lazer, precisamos fazer eventos. (R31).

A EMATER incentivava o plantio de hortas individuais naquelas áreas rurais. Na época da hantavirose, a EMATER entrou pesado com o FS em escolas, chácaras. O CDS com uma delegada dando palestra no Dia Internacional da Mulher sobre a violência intra-familiar, como identificar e o que a equipe do FS deveria fazer (R32z).

Nos mutirões feitos pela SES, fazia-se triagem, exames, encaminhamentos para os Hospitais. Teve mutirão de Papa Nicolau e dermatologia em Planaltina, onde fizeram pequena cirurgia dermatológica. Os especialistas fizeram a triagem para ver se havia a necessidade de fazer uma mamografia. O mastologista fez consulta lá, mas o equipamento para a mamografia não foi junto, aí eles encaminhavam (C34z).

O FS tem uma característica diferente, que é a de promover o lazer. Tivemos na equipe urbana uma atividade com idosos que começou com palestras, enquanto estavam tendo a palestra, começavam a bordar, a fazer ponto cruz. Montaram uma cooperativa e isso gerou renda, eles começaram a exportar (R31).

Identifica-se a presença de ações intersetoriais informais no FS que qualificaram a prática e atenderam a diferentes finalidades. Pelo depoimento de R31, depreende-se que houve a iniciativa de utilizar o lazer como uma ferramenta para a promoção da saúde e a vigilância à saúde, tanto no sentido de garantir a sociabilidade ampliando os círculos de convívio como para inserir o idoso na construção de sua cidadania, respeitando sua cultura e transformando esse espaço de prática de saúde em um local de produção de renda. A valorização dos idosos nas práticas de saúde demonstra sua convergência com o movimento em prol da

qualidade de vida, do resgate da cidadania e de uma postura ética e política de inclusão social (VERAS; CALDAS, 2004; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O processo de trabalho e as práticas do FS são diferentes do Centro de Saúde quanto ao objeto, finalidade, meios e instrumentos e, de certa forma, nesse período houve a tentativa de inserir outros agentes do processo de trabalho: fisioterapeutas, fonoaudiólogos e farmacêuticos. Os assistentes sociais estavam incluídos na proposta anterior do PSF/DF, e na SES/DF são profissionais tradicionalmente alocados e acionados pela equipe de atenção básica. Porém, o fato de implantar poucas equipes multiprofissionais prejudicou a proposta de conversão do modelo e não teve impacto para a população em geral, apenas para um grupo restrito de famílias do DF.

A saúde prisional foi uma inovação ao ampliar a cobertura de saúde aos detentos e propiciar a prática de atenção básica em lócus inovadores, porém caracterizou-se mais como uma implantação de Centro de Saúde dentro das unidades prisionais do que uma atenção à família dos detentos. O atendimento ambulatorial e as práticas preventivas eram direcionados principalmente para as doenças transmissíveis e crônicas.

Quanto às práticas das equipes de saúde bucal, verificou-se uma falta do treinamento introdutório e as oscilações e divergências de orientações sobre o processo de trabalho tanto da regional como da central. Contudo, as práticas evidenciaram o atendimento individual e em grupo como predominantes, a população pressionava a equipe para realizar atendimento curativo, pois era a maior necessidade epidemiológica e pela cultura hegemônica do modelo curativo e medicalizante.

As equipes do FS também não foram totalmente treinadas e sua inserção foi, sobretudo, na área rural. Embora o projeto inovasse com a idéia de trabalho em equipe, parece que permaneceu a produção parcelar dos cuidados. As reuniões semanais podem ter contribuído de fato para o desenvolvimento inicial de um processo de trabalho em equipe com objetivos comuns e projetos compartilhados e pactuados.

As parcerias interinstitucionais foram um avanço no desenvolvimento do processo de trabalho e das práticas da atenção à saúde da família, assim como os mutirões que proporcionaram atendimento à população desassistida ou que aguardava atendimento de média complexidade.

Permaneceram as tecnologias de programação em saúde, agendas fixas para a demanda organizada sem muita flexibilidade para a demanda espontânea.

O que se verificou foi que as realidades vivenciadas pelos profissionais e relatadas nos depoimentos colhidos nessa pesquisa estavam muito aquém do projeto de conversão do modelo de Atenção Básica do DF proposto do documento oficial, mas identificaram-se algumas práticas que podem ser potenciais para a mudança do modelo de atenção.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O MODELO POLÍTICO-TECNOLÓGICO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL

O modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família desenvolvido no DF, constituído pelos programas Saúde em Casa (1997 a 1998), Programa Saúde da Família (1999 a 2003) e Família Saudável (2004 a 2006) sofreu influências de macropolíticas, sobretudo da concepção de Estado mínimo, seguindo a tendência nacional e internacional imposta pelas diretrizes políticas neoliberais para o ato de governar a questão pública (GERSCHMAN, SANTOS, 2006; TEIXEIRA, SOLLA, 2005; FLEURY, 2001, 2006a, 2006b; MERHY, 2001; MERHY, FRANCO, 1999; PEREIRA, 1998), que culminou na implantação de uma política de saúde restritiva e focalizada contendo um pacote de serviços de atenção básica insuficiente para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde rumo à consolidação do SUS.

Contudo, a implantação do modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família no DF foi uma opção contra-hegemônica ao modelo de atenção dominante, que coincide com a tendência nacional de implementação de mudanças no cenário da saúde forjada pelo movimento de reforma sanitária. Constatou-se, na dinâmica desse processo, uma forte disputa de poder entre os atores presentes que refletiram tanto na dimensão técnica como na dimensão política da saúde (MENDES, 1993, 1996; MATUS, 1987; MERHY, 1997).

.As três propostas de atenção à saúde da família apresentaram semelhanças na gestão das políticas em relação aos seguintes aspectos: sua inserção paralela à rede de serviços do DF, a convivência de dois modelos de atenção básica – UBS e UPSF (modelo misto de atenção básica), a realização de reformas administrativas na SES/DF e a gestão dos recursos humanos delegada à instituição do terceiro setor em parceria com a SES/DF. Todavia também apresentaram algumas especificidades, dentre elas: o modo como a proposta foi elaborada e discutida, o envolvimento do gestor na sua efetivação, a posição ocupada no organograma da instituição, a inserção nos Planos de Saúde, os critérios de implantação das equipes, a capacidade instalada, a cobertura e os recursos orçamentários, desta feita, foi importante analisar, em cada período, como esses aspectos foram

importantes para potencializar e/ou limitar o alcance da mudança do modelo de atenção à saúde.

O contexto sócio-histórico mais favorável à mudança do modelo de atenção à saúde vigorou no primeiro período com a proposta do SC, devido à presença de um Governo de esquerda portador de um discurso democrático, cuja agenda política articulava todos os setores do Governo em direção ao resgate da cidadania e da qualidade de vida da população. Implantou o orçamento participativo nas regiões administrativas e utilizou o Planejamento Estratégico Democrático como ferramentas para a gestão participativa. Esse período foi caracterizado pela introdução de um novo paradigma na saúde visando à emancipação e politicidade dos profissionais e do usuário cidadão (DEMO, 2002a, 2002b; FLEURY, 2006 GOULART, 2004). Como primeira gestão de um Governo de oposição, enfrentou um grande desafio para o desenvolvimento de políticas, projetos e programas inovadores dentro de uma estrutura pública caracterizada pelo conservadorismo e a manutenção do *status quo*.

Outra potencialidade do SC para a mudança do modelo assistencial foi adotar o projeto do SC como uma agenda política de governo coerente com a proposta de reforma do modelo assistencial (REMA) contida no plano de saúde e coincidiu com as deliberações dos fóruns de saúde do controle social da época (CSDF, Conselhos de Saúde Distrital e Regional). Essa estratégia permitiu que a proposta passasse do texto para a práxis, com discussões democráticas sobre os ajustes necessários, e garantiu a autonomia para as regionais confeccionarem o desenho adequado à sua realidade. Havia um consenso sobre a finalidade do SC, os meios, instrumentos e saberes que seriam utilizados, assim como uma avaliação permanente do programa durante as reuniões das equipes regionais com a Coordenação Central. Verifica-se que a gestão política do SC articulou seu projeto à proposta de reformulação do modelo assistencial após ampla discussão e legitimação pelas instâncias de controle social do DF, demonstrando elucidar a proposta e buscar apoio para sua execução, o que foi considerado uma potencialidade para a mudança do modelo assistencial.

Ressalta-se que houve vontade política da gestão e decisão administrativa de implantar a ESF, que para isso envidou esforços também para a efetivação do processo de treinamento introdutório e qualificação dos trabalhadores da saúde para o projeto de mudança do modelo de atenção, via atenção básica (SOARES; CACCIA-BAVA, 2002; COELHO; PAIM, 2005). Além disso, foi redirecionado um recurso orçamentário, que era destinado ao pagamento das horas-extras dos

médicos da SES/DF que trabalhavam nos hospitais, para o programa demonstrando sua determinação na execução da proposta e na otimização dos recursos financeiros. Não faltou recurso financeiro para o SC, demonstrando-se que havia vontade política e condições materiais para a mudança do modelo em direção à agenda de mudança apresentada. Portanto, foi uma potencialidade para a mudança do modelo assistencial.

Na gestão política do SC, foi criada uma instância central na SES/DF, subordinada diretamente ao Secretário de Saúde para a coordenação do PSC, chamada de Subsecretaria de Projetos Especiais, evidenciando sua importância dentro dessa gestão como estratégia de mudança do modelo.

O PED foi uma potencialidade dentro do SC para promover a discussão participativa, democrática e fornecer instrumento técnico, político e pedagógico (CAPITANI, 2002) para a realização de um trabalho em saúde diferenciado, o que contribuiu para a mudança do modelo de atenção.

Em relação à gestão de pessoas, além da valorização do treinamento inicial, a exigência de dedicação exclusiva dos trabalhadores fortaleceu o programa e os salários, foi um estímulo ao desenvolvimento de um trabalho comprometido com o desenvolvimento social e a valorização da atenção básica.

O SC buscou desenvolver ações intersetoriais como instrumento de efetivação de políticas públicas saudáveis, incentivou o empoderamento da população e a produção social da saúde como finalidade do processo de trabalho, demonstrando a compatibilidade do modelo do SC com as características da promoção da saúde (CZERESNIA et al., 2003; TEIXEIRA, 2002a), da vigilância à saúde (PAIM, 2003; TEIXEIRA 2002b, 2003, 2004) e apresentando componentes fundamentais para a organização da atenção primária de qualidade (STARFIELD, 2004). Entretanto, o programa teve curta duração, pois foi extinto ao término do governo à época vigente.

O segundo período, o do PSF/DF, foi caracterizado por um contexto altamente desfavorável à implantação da Atenção à Saúde da Família. Havia descrédito dos gestores em relação à proposta, sobretudo porque atribuíam a identidade do programa ao governo anterior. As políticas públicas, nesse Governo, tinham um forte traço assistencialista, confrontando-se com o processo de emancipação do cidadão iniciado anteriormente, mas que havia retrocedido.

O programa foi reaberto devido à pressão da população, que reivindicava melhoria do acesso aos serviços de saúde. Além disso, a instalação do programa garantia mais uma fonte de recurso para a saúde pelo MS, que se empenhava em ampliar o número de equipes para a plena expansão da estratégia no país (BRASIL, 2004, 2006). Assim, convocaram-se técnicos do MS para a elaboração da proposta do PSF/DF e para incluí-la nos Planos de Saúde de 2000 e de 2001-2003 com o objetivo de atender às recomendações da NOAS e alcançar a modalidade de Gestão Plena do Sistema de Saúde do DF.

Como visto, ao contrário do período anterior, não houve a construção de um projeto personalizado e inovador para a atenção à saúde da família no DF, constatou-se que a elaboração do projeto PSF/DF foi feita em gabinete ministerial, caracterizando sua forte desvinculação da proposta de saúde para o DF. Esse projeto não foi discutido dentro da SES/DF, nem com as regionais, tampouco com a população. Os planos de saúde para 2000 e para o triênio 2001-2003 não propunham mudanças para o modelo de atenção do DF e inseriam o PSF/DF paralelamente às ações propostas para a rede da SES/DF como um item adicional.

Quanto à posição do PSF/DF na estrutura administrativa da SES/DF, verificou-se que foi rebaixada para a Diretoria de Estratégia de Saúde da Família (DIESF), subordinada à Subsecretaria de Atenção Básica (SAS). Essa mudança resultou na equiparação da Atenção à Saúde da Família a mais um programa para os Centros e Postos de Saúde desenvolverem, tornando-o como uma ação programática da atenção básica tradicional, portanto foi uma decisão limitante à mudança do modelo de atenção à saúde do DF.

Ao contrário do Governo anterior, a gestão de pessoas do PSF/DF privilegiou o salário dos profissionais da SES/DF em detrimento das melhorias para a força de trabalho do PSF. Ofereceu uma gratificação adicional, denominada de G7, para todos os profissionais dos Centros de Saúde que recebessem as equipes PSF em seu espaço físico. Embora fosse uma medida para minimizar a resistência existente entre a rede básica e o PSF/DF, isso reduziu o acesso da população desassistida, contribuindo para a iniquidade, agravou as queixas em relação às condições de infra-estrutura do trabalho das UBS e não equacionou os diferentes processos de trabalho, portanto não contribuiu para a mudança do modelo de atenção.

As unidades do PSF/DF não se revelaram como porta de entrada para o sistema de saúde e não causou o impacto ao modelo de atenção porque havia um

número reduzido de equipe e baixa cobertura populacional (PÜSCHEL, 2006; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; PAIM, 2001; BRASIL, 2003).

O PSF/DF foi encerrado devido à pressão do Ministério Público e do TCU, que instalou processos jurídicos em relação à parceria da SES/DF com o ICS, no que tange às finanças, seleção, contratos e desempenho do projeto.

O Família Saudável (FS) surgiu em 2004, com a proposta de solucionar problemas resultantes das parcerias com o ICS ocorridos nos programas passados. A SES/DF buscou aperfeiçoar a relação existente entre o setor público e o privado para a gestão dos recursos humanos, com a abertura de um processo licitatório para selecionar uma OSCIP (NOGUEIRA, 2003; GOHN, 2004; IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

A SES/DF passou, nesse período, por reforma administrativa baseada nas discussões realizadas pelos gerentes e diretores que compunham a equipe central, utilizando o planejamento estratégico com a cooperação da Fundação Getúlio Vargas (FGV). O FS permaneceu na mesma posição hierárquica da SES, na DIESF, subordinado à SAS com as quatro diretorias existentes desde o período anterior.

Durante esse período, a SES/DF elaborou um plano de saúde para 2003-2007 propondo uma nova regionalização para a saúde do DF, composta por módulos que agregavam algumas regionais de saúde e possuíam um pólo de referência para os serviços de média e alta complexidade. Além disso, foi elaborada uma proposta de mudança do modelo de atenção, o Plano de Conversão da Atenção Básica, que foi uma potencialidade para a mudança do modo de produzir saúde no DF, mas que foi implantado parcialmente, perdendo essa característica transformadora.

O Secretário de Saúde, no final de 2003, encarregou um profissional da SES/DF para coordenar a elaboração do projeto da Atenção à Saúde da Família. Esse projeto propunha o programa FS como uma estratégia de conversão do modelo de atenção primária à saúde. Seu conteúdo era baseado no modelo de vigilância à saúde (TEIXEIRA, 2002; CZERESNIA; FREITAS, 2003) com utilização dos dados epidemiológicos e sociais da população do DF, privilegiando a oferta de serviços nos locais de maior carência socioeconômica e de saúde, com um roteiro para a implantação das equipes em forma de caracol, iniciando pela periferia da cidade em direção ao centro considerando sua característica de portador de maior concentração de serviços de saúde e perfil socioeconômico privilegiado.

Houve discussão desse projeto nas regionais de saúde, submetido à aprovação do Conselho Distrital de Saúde, e no site da SES/DF foi aberto um portal para receber sugestões e contribuições à proposta, entretanto não houve a participação da população na sua construção. O projeto teórico foi uma potencialidade do período, pois demonstrou um avanço para reorganizar a produção dos serviços de saúde da atenção primária, com a inclusão da equipe multidisciplinar, demonstrando um grande potencial para desencadear mudanças no modelo de atenção (TEIXEIRA, 2002, 2005, 2006), mas sua operacionalização se desvirtuou dos principais eixos transformadores contidos na sua concepção original.

Embora o projeto do FS fosse apresentado como uma agenda política do gestor da saúde, deparou-se com problemas relacionados às resistências institucionais para converter o modelo, intervenções do Ministério Público em relação ao processo de gestão da força de trabalho, suspensão da contratação dos profissionais necessários à execução da proposta e irregularidade no instrumento de parceria da SES/DF com a FZ, que deixou de ser uma OSCIP em 2005, passando à condição de fundação privada.

Esses problemas interferiram na organização dos serviços e nas práticas de saúde. Houve o bloqueio dos recursos financeiros para o desenvolvimento do projeto, os serviços não foram implantados a contento, mantendo a pulverização das equipes do FS, um número irrisório de equipes multiprofissionais, e insignificante mudança na saúde mental sem a integração com a atenção e sucesso relativo na implantação da saúde.

Havia uma contradição estrutural na implantação do projeto de conversão que era a divergência entre os objetivos da SES e da FZ. Se a SES/DF tinha a intenção de converter o modelo mesmo com a resistência de parcela dos seus profissionais, a FZ tinha o objetivo de produzir o maior volume de serviços para agregar capital. Desse modo, verificou-se um esforço da FZ no sentido de expandir a produção dos serviços, que foi contido pelas irregularidades percebidas pelos órgãos fiscalizadores que barraram essa dispersão.

Nesse período, foi composta uma Comissão de Avaliação e Acompanhamento do FS com um representante do Conselho de Saúde Distrital, um da SES/DF e um da FZ. Durante alguns meses, os relatórios de produção do FS foram apresentados em reuniões deste Conselho como estratégia de monitoramento da nova modalidade de gestão entre a SES/DF e o terceiro setor.

A organização dos serviços do FS previu e incluía as equipes do PACS e do PACS ampliado, equipes da saúde prisional e um conjunto de unidades e serviços de saúde mental que se integrariam à atenção básica. A proposta foi uma potencialidade do período, mas ficou comprometida em sua operacionalização causando pouco impacto na mudança do modelo assistencial.

A inclusão das equipes do PACS e do PACS ampliado foi uma tentativa de expansão da cobertura populacional, sobretudo a residente na área rural. O MS reconhecia a equipe do PACS e repassou os incentivos financeiros para o DF, entretanto o PACS ampliado com a inclusão do profissional médico não foi reconhecido, deixou de receber recursos e foi-se transformando em equipe de PACS, agora sem o profissional médico.

Uma potencialidade desse período para a organização dos serviços foi a orientação técnica sobre a execução do trabalho das equipes do PACS com definição do território de atuação e população como um subconjunto da área de atuação dos Centros de Saúde.

A organização da saúde prisional foi uma experiência inovadora no país, caracterizando a humanização do modelo de atenção à saúde do DF e a extensão de cobertura da atenção básica a segmentos da população que eram assistidos apenas em hospitalais ou ambulatoriais da rede, portanto, uma potencialidade para a mudança do modelo de atenção.

A instalação da Central de Regulação das Consultas na SES/DF beneficiou a organização dos serviços do FS, pois facilitou o processo de referência para as unidades de maior complexidade da rede (STARFIELD, 2004). No início de seu funcionamento, a prioridade da central de regulação foi a marcação de consultas para a dermatologia e a oftalmologia em decorrência da grande demanda reprimida no DF.

O FS teve a potencialidade de desenvolver pequenas mudanças do modelo de atenção, mas que não foram suficientes para realizar a mudança desejada no projeto, que era a conversão desse modelo. Ao final do programa, 2006, a SES/DF assumiu a estratégia, incorporando os profissionais concursados no FS (ACS) e oferecendo aos profissionais concursados da SES/DF a opção de trabalharem na atenção à saúde das famílias.

Comparando-se as repercussões do programa de Atenção à Saúde da Família nos três períodos, verificou-se, em relação à capacidade instalada e à

cobertura dos programas, que: o SC proporcionou a maior cobertura populacional com a implantação do maior número de equipes do programa no DF, foram 300 equipes mínimas de SC e 124 equipes de saúde bucal, o que proporcionou a cobertura de 65% da população do DF. O PSF/DF implantou 134 equipes mínimas e 66 equipes de saúde bucal, apresentando a cobertura de 20% da população do DF. O FS finalizou o programa com 59 equipes mínimas implantadas, sendo 39 completas; 19 equipes de saúde bucal completas; oito equipes multiprofissionais implantadas e apenas três completas; quatro das dez equipes de saúde prisional completas, e 30 PACS implantados, sendo 28 completos. As equipes do FS alcançaram a cobertura populacional de 26% da população do DF. Enquanto no SC a capacidade instalada e a cobertura do programa foram consideradas características potenciais da mudança, no PSF e no FS elas demonstraram ser fatores limitantes. Vale ressaltar que no Brasil a estratégia de Saúde da Família apresentou o movimento oposto ao observado em Brasília: expansão das equipes e da cobertura populacional em franco processo de consolidação (SOUZA, 2002).

Cabe lembrar que os efeitos da política neoliberal (PEREIRA, 1998; PAIM, 2006) fizeram-se presentes no processo de implementação da Atenção à Saúde da Família na flexibilização do trabalho em saúde e nas parcerias com o terceiro setor, implicando na redução do papel do Estado na execução dos serviços de saúde. As novas relações de trabalho acarretaram descontinuidade na execução da proposta pela instabilidade dos vínculos empregatícios e das diferenças salariais que também influenciaram a qualidade e a integração da atenção à saúde das famílias no sistema de saúde do DF (GIRARDI; CARVALHO, 2003; NOGUEIRA, 2003; ROZA; RODRIGUES, 2003).

A forma de organização dos serviços da Atenção à Saúde da Família nos três períodos também apresentou semelhanças e diferenças decorrentes das características de gestão adotadas. As semelhanças referiram-se ao modelo de implantação misto na atenção básica (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005) com unidades de PSF e UBS; inserção paralela dos programas à rede da SES/DF (BRASIL, 2002; NOGUEIRA, 2003); deficiência como porta de entrada da atenção (GOULAT, 2002); integralidade, equidade e universalidade comprometidas (STARFIELD, 2004; MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002; CARNEIRO et al., 2005; ELIAS et al., 2006; CONILL, 2002; COPQUE; TRAD, 2005; TEIXEIRA, 2004; RONZANI; SILVA, 2008; PIMENTA, 2005); centralidade na família e orientação para a comunidade

(STARFIELD, 2004; BRASIL 1998; SOUZA, 2002). As quatro primeiras foram limitações para a mudança da produção dos serviços de saúde, e as duas últimas impactaram positivamente a mudança. As diferenças na organização dos serviços proporcionaram condições favoráveis e também desfavoráveis à efetivação de um novo modelo e serão detalhadas na análise de cada um dos períodos para sua melhor compreensão.

Verifica-se que o forte poder instituído na SES/DF representou uma limitação concreta para a efetivação de um novo modelo assistencial, sobretudo na atenção básica, porque dificultou e impediu a integração da Atenção à Saúde da Família à estrutura organizacional dessa instituição hipercomplexa (TESTA, 2006).

No que tange as práticas de saúde do modelo político-tecnológico de Atenção à Saúde da Família no DF, observou-se que nos três períodos estudados foi tomado como objeto central o cuidado das famílias e da comunidade, e os meios e instrumentos de trabalho utilizados apresentaram diferenças sutis, mas que contribuíram para o alcance de finalidades semelhantes.

A concepção do objeto de trabalho do SC destacou-se por compreender as famílias, indivíduos e comunidade como cidadãos históricos, sociais e co-responsáveis por seu projeto terapêutico e pela sua saúde, como co-participantes do processo de trabalho. As famílias foram estimuladas a exercerem o controle social e seu empoderamento na luta para que o Estado cumprisse o seu dever de oferecer serviços de saúde e outros serviços sociais de qualidade em conjunção com as diretrizes efetivadas pela gestão participativa e democrática (GOHN, 2004; SANTOS, EIDIT, 2004; CREVELIM, PEDUZZI, 2005). Pode-se afirmar que no SC foi adotada a concepção de família-família e família-risco social. No PSF/DF revelou-se a adoção de um referencial que transitou entre família-indivíduo e família-indivíduo-domicílio, e, no FS, evidenciou-se a concepção de família-comunidade e família-família (RIBEIRO, 2004).

Contudo, as equipes dos programas dos três períodos depararam-se com muitas dificuldades para lidarem com os familiares em seu meio, que não estavam previstos, exigindo a criação e o uso das tecnologias leve e leve-duras para a sua no cotidiano de trabalho (MERHY, 1996, 1999, 2003, 2006).

O saber epidemiológico permeou de forma diferenciada as práticas nos três períodos: no SC era instrumento de trabalho para o planejamento das ações e serviços e subsídio para a prática clínica, as intervenções comunitárias e a formação

de grupos, embora de forma assistemática. No PSF/DF e no FS era uma etapa de consolidação dos dados do cadastramento.

No SC, a territorialização e o cadastramento das famílias foram instrumentos do processo de trabalho que foram tomados como eixo estruturante da construção das práticas a partir do conhecimento das necessidades das famílias em seu território. Todos os profissionais participaram do processo de territorialização e cadastramento das famílias com o objetivo único de reconhecimento das características, riscos e problemas da realidade concreta, portanto um projeto unificado e comum a todos profissionais, caracterizando um trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001). Esses dois instrumentos constituíram-se em potencialidades para a mudança das práticas de saúde e do modelo de atenção (TEIXEIRA, 2003, 2004; PAIM, 2004; SOUZA, 2002). Subsidiaram o planejamento estratégico local das ações e serviços considerando a realidade conhecida pela equipe. Essa característica, aliada à autonomia que a equipe central delegou à equipe local, caracterizou a adoção de tecnologias leve-duras propostas por Merhy (1999, 2006) e Mishima, Pereira, Fortuna e Matumoto (2003).

A vista domiciliar permitiu que o planejamento e a execução do atendimento fossem mais adequados às famílias nos três períodos e permitiu também desenvolver a escuta, o vínculo e a humanização da atenção, conforme análise dos autores sobre o tema (BENEVIDES; PASSOS, 2005; PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

O vínculo e a escuta foram potencialidades de mudança das práticas de saúde adotados nas práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes dos três períodos, coincidindo com os resultados das pesquisas realizadas no país (GOMES; PINHEIRO, 2002; MERHY 2006; SCHIMITH; LIMA, 2004). No SC, o desenvolvimento do vínculo não foi apenas uma atitude das equipes locais, mas uma transformação no processo de trabalho caracterizada pelo esforço conjunto de gestor, gerentes e profissionais das equipes (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

As práticas de saúde do SC apresentaram traços potenciais de um trabalho em grupo (PEDUZZI, 2001; ALMEIDA; MISHIMA, 2001) inclusive com a articulação das práticas de saúde bucal em todas as atividades previstas e realizadas pelas equipes do SC. O PSF/DF e o FS retrocederam nessa questão e fortaleceram a centralidade do trabalho médico em relação à posição periférica e circunscrita dos demais profissionais (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1986, 1998; ALMEIDA et al., 1997).

A finalidade das propostas era ampliar o acesso da população às ações de AB, o que foi mais bem alcançado no SC do que nas demais propostas devido ao número de equipes implantadas. O PSF, majoritariamente, manteve o acesso à mesma população usuária das UBS e ampliou o acesso a algumas populações rurais, bem como às residentes em invasões situadas na periferia das cidades. O FS ampliou o acesso à população penitenciária e teve sua maior expressão nas regiões rurais. Contudo, o acesso aos demais serviços da rede foi uma dificuldade identificada nos três programas, limitando a longitudinalidade e integralidade da AB (STARFIELD, 2004). Mesmo com a criação das equipes multidisciplinares na proposta do FS, com a intenção de se realizar a prática de saúde baseada na clínica ampliada, o acesso aos serviços especializados foi disponibilizado por quatro equipes completas, resultando em inexpressiva mudança do modelo de atenção. Entretanto, essa experiência contribuiu como piloto para futuras decisões sobre sua inclusão como nova modalidade de prática do PSF no DF. A experiência do AMEI no SC também revelou semelhante direcionalidade na resolução de problemas de saúde que demandaram atenção especializada, mas na realidade aproximou-se mais da prática de mutirão de saúde, com presença pontual no cômputo geral do modelo de práticas efetivadas.

As três propostas também tiveram a finalidade de realizar ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação das famílias demonstrando aderência ao modelo de promoção da saúde e vigilância à saúde. Aliadas à essa prática inovadora mantiveram as ações programáticas para a produção dos serviços que revelaram-se como tecnologias compatíveis e resolutivas para uma grande parcela dos problemas e necessidades da população e das famílias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002b; TEIXEIRA, 2002a, 2003; BUSS, 2003; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Essas finalidades percebidas pelos profissionais revelaram-se como potencialidades para a mudança do modelo de atenção, pois foram congruentes com as diretrizes da estratégia e a concepção ampliada do processo de trabalho.

Entanto, há que se ressaltar que a produção dos serviços de saúde seguiu as leis de mercado para sua execução, distribuição e consumo mediante a organização tecnológica do trabalho pautada no paradigma médico biológico hegemônico, curativa, individual, assistencialista e centrada no medicamento (PAIM, 1999). O processo de trabalho em saúde manteve sua centralidade no profissional médico

com os demais agentes atuando de modo periférico a ele (MENDES-GONÇALVES, 1994; ALMEIDA; ROCHA, 1997; MISHIMA; PEREIRA; FORTUNA; MATUMOTO, 2003).

A dicotomia existente entre as ações preventivo-promocionais e ações curativas foi constatada no universo de macroprodução dos serviços remetidos à estrutura organizacional da SES/DF, causando a desarticulação institucional da proposta de Atenção à Saúde das Famílias. Essa estrutura também refletia a dicotomia entre a finalidade desses dois processos de trabalho, cura *versus* promoção e prevenção, fragmentando o objeto de trabalho desde a definição das instâncias centrais responsáveis pela assistência ofertada pela SES/DF até as unidades regionais e locais. Uma concepção reducionista e funcional do objeto de trabalho da saúde selecionado e filtrado das reais necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e população (AYRES, 2004; MISHIMA et al., 1997; MENDES-GONÇALVES, 1997).

Em suma, conclui-se que o modelo político-tecnológico do SC foi caracterizado como regional pela existência de uma política de apoio à mudança das práticas (mesmo com alguns focos de resistência), presença de ações intersetoriais entre os setores do Governo e na saúde, criação dos canais de participação da comunidade (Conselhos de Saúde e Conferências, Orçamento Participativo e PED) e fortalecimento do controle social (VIANA; DAL POZ, 2005). Seu cenário de implantação foi do tipo avançado, pois se constituiu uma estratégia de mudança do modelo de atenção hegemônico (COPQUE; TRAD, 2005), entretanto manteve as UBS concretizando um modelo misto de atenção básica.

O PSF/DF pode ser caracterizado como um modelo político-tenológico de atenção à saúde da família principiante, sem a participação da comunidade, incerto em sua continuidade, pouco desenvolvido, isolado e dentro de uma estrutura altamente centralizadora e verticalizada (VIANA; DAL POZ, 2005). Sua implantação deu-se em cenário incipiente com uma proposta que se aproximou da concepção de um programa de saúde na oferta de atenção básica simplificada (COPQUE; TRAD, 2005), também foi considerado um misto de atenção básica pela manutenção das UBS.

O modelo implantado pelo FS apresentou características híbridas porque seu projeto delineou uma proposta de conversão do modelo, portanto um cenário de implantação avançado (COPQUE; TRAD, 2004), mas sua implantação não foi

efetivada na íntegra, o que o transformou em cenário intermediário como a reorganização de um dos níveis de complexidade crescente da atenção, ou seja, da atenção primária. Sua operacionalização demonstrou semelhança com o modelo singular com ausência de envolvimento de outras esferas do Governo, executado pelo terceiro setor de forma autônoma com o monitoramento da SES/DF sobre o produto final, mas deixou não atender ao critério de ampliação da participação da população do modelo singular (VIANA; DAL POZ, 2005). Manteve as UBS definindo sua condição como modelo misto de atenção básica.

A utilização do conceito modelo político-tecnológico possibilitou constatar a presença da dimensão política e tecnológica na análise da gestão política, da organização dos serviços e nas práticas de saúde. Verificou-se que a gestão política requer um projeto tecnológico específico que revele a intencionalidade do gestor e sua competência tecnológica. A organização dos serviços demonstrou apoiar-se nas dimensões políticas e tecnológicas para determinar como a produção dos serviços será distribuída e desenhada. E as práticas de saúde refletiram a presença do micropoder no espaço do trabalho operacional e nas opções tecnológicas adotadas para sua execução. Embora as dimensões políticas e tecnológicas sejam elementos comuns à gestão, organização dos serviços e práticas, nem sempre apresentam-se de forma integrada, mas determinam como o processo de produção dos serviços de saúde será operacionalizado. Quando há consonância entre as dimensões políticas e tecnológicas na gestão, organização e práticas, o modelo de atenção proposto encontra condições mais favoráveis para se concretizar, seja com a finalidade de transformação ou manutenção do *status quo*.

A implantação de um novo modelo de atenção no DF refletiu a contradição existente no cenário nacional de operacionalização das propostas e ideários de mudança frente à conjunta política e econômica que determinam o paradigma dominante na saúde. As conquistas do movimento de reforma sanitária do país forçam a mudança conceitual operacional da saúde tanto nos aspectos jurídicos e organizacionais, como nas práticas, organização e gestão em saúde. A estratégia de Saúde da Família caminha nessa mesma direção, reafirmando sua identidade como proposta contra-hegemônica ao sistema de saúde e ao modelo de Atenção em Saúde vigente (CONH, 2005; ESCOREL, 2005; PAIM, 2006). No DF, constataram-se a presença de consensos, dissensos, conflitos, contradições semelhantes ao

contexto nacional e também diferentes, pela especificidade histórica do sistema de saúde da capital federal.

Uma limitação deste estudo foi a impossibilidade de observar o processo de trabalho e as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais, assim, utilizou-se a narrativa dos participantes e o conteúdo dos documentos para apreender sua conformação no período histórico. Avalia-se que os sujeitos dessa pesquisa poderiam ser outros profissionais que atuaram nas propostas, entretanto, por várias razões explicitadas na metodologia, não puderam ser contemplados. Outra limitação foi o recorte dado pela pesquisadora ao objeto do trabalho, que pode ser analisado sob diversos enfoques teórico-metodológicos. Como é uma pesquisa eminentemente qualitativa, apresentou restrições sobre os indicadores quantitativos das propostas de atenção à saúde da família. Assim, o resultado desse estudo apresenta-se como uma contribuição no vasto universo de pesquisa sobre o tema.

Na fase de coleta de dados, houve dificuldade para a localização dos documentos oficiais nas bibliotecas da cidade, para acessar os documentos históricos que foram considerados como "arquivo morto" pela SES/DF e só podem ser manuseados por profissionais dessa instituição. Também a identificação e a localização dos informantes-chave foi um processo demorado e meticuloso, envolvendo vários telefonemas e deslocamentos até as unidades de saúde.

Durante a revisão bibliográfica foram identificados saberes e tecnologias contemporâneas que se propõem a fortalecer a luta pela transformação do modelo assistencial do país. Essas propostas-experimentadas estão presentes em ilhas de trabalho do movimento contra-hegemônico da saúde, buscando alterar o poder e a tecnologia no microuniverso da produção dos serviços de saúde, assim como novas formas de gestão, gerências, organização da rede de serviços de saúde na dimensão do universo macrouniversal estrutural. Conclui-se que esses conhecimentos produzidos podem encontrar terreno fértil no DF para serem implantados. Detectou-se a existência de atores sociais adeptos desse movimento transformador que poderão ser instituídos e criar poder instituinte na saúde do DF como potentes agentes de luta e transformação da organização tecnológica do trabalho em saúde.

Por outro lado, a maturidade da estratégia PSF em nível nacional e distrital contribui para o aperfeiçoamento de sua missão transformadora e pressiona o Estado e a sociedade para se fazer cumprir os direitos constitucionais e as políticas

públicas solidárias e equânimes que reduzirão as desigualdades sociais e de saúde entre a população brasileira. O fortalecimento do controle social, assim como a formação e a capacitação dos profissionais, também deve caminhar na mesma direção visando o empoderamento coletivo aliado ao saber tecnológico.

A realização desse trabalho científico despertou, na autora, o interesse para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o significado do vínculo para além de sua condição imperativa na ESF, verificar a percepção dos profissionais da rede básica de saúde da SES/DF sobre a ESF, notadamente os que não estavam e/ou não estiveram inseridos na proposta do ESF. Ainda, verificar qual a percepção da população sobre a ESF e como se deu o processo de controle social durante a execução das propostas e na atualidade. Também despertou interesse no estudo das transformações ocorridas após a suspensão das parcerias da SES/DF com o terceiro setor, como uma continuidade do processo de implantação e de mudança do modelo assistencial da saúde e uma nova fase da ESF no sistema de saúde do DF.

A mudança do modelo assistencial também passa pela mudança do paradigma de saúde desde a formação dos profissionais de saúde, e, como docente da UnB, a pesquisadora utilizará os resultados dessa tese, assim como as inquietações decorrentes dela em suas atividades de ensino, extensão e pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHE, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], n. 9, p. 105-5, ago. 2001.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA FILHO, N. A clínica e a epidemiologia: laços, contratos e contradições. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 207-214.

ANDERY, M. A. et al. **Para compreender a ciência**: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 1988. 446 p.

ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p: 783-836.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITE; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ARAÚJO, M. B. de Souza; ROCHA P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 455-64, 2007.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 4. ed. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, 2006. p. 29-40.

_____. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. S.; GERCHEMAN, S.; EDLER, F.C. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-06.

AYRES, J. R. de CARVALHO. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Phisys Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-60, 2005.

AYRES, J. R. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção. In: CAMPOS, G. W. de Sousa et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 374-18.

AZEVEDO, C. M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 734-754, 2007.

BARATA, R. B. et al. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. 267 p.

BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. Família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. III, v. 1, 1998, p. 106-115.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-73, 2005.

BERLINGUER, G. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 861-70, 2007.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000. p: 29-38.

BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: ELSÉN, I. et al (Org.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora UFSC, 1994. p: 121-37.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador família-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-38, 2005.

BOCCHI, S. C. M. **Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vis-a-ser um cuidador familiar de uma pessoa com AVC**. 2001. Tese (Doutorado)–Universidade de São Paulo/EESP. São Paulo, 2001.

BODGAN, R. C.; BITEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for to theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, 1982. p. 27-30.

BOSS, P. et al. **Sourcebook of Family Theories and Methods: a conceptual approach**. New York and London: Plenum Press, 1993. 748 p.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais. **Caderno MARE de Reforma do Estado**. MARE: Brasília 1997. (Caderno 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Instrumento de Avaliação de Centros e Postos de Saúde**. [S.l.; s.n.], 1983. 46 p.

_____. _____. **Ações Integradas de Saúde**. Brasília: [s.n.], 1985a.

_____. _____. **Avaliação da Produtividade dos Centros e Postos de Saúde do Distrito Federal**. Brasília: [s.n.], out. 1985b. 60 p. (mimeo).

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. **CONASP**. Brasília: [s.n.], 1985c.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Brasília, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, p. 18055-9, 1990 a, 20 set. 1990a. Seção 1.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. p. 25694, 1990b, 31 dez. 1990. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 maio 1993, Seção 1. p: 6961. 1993a.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Programa Saúde da Família – Saúde dentro de Casa. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

_____. 20 passos para o desenvolvimento de um projeto de cidades saudáveis. Brasília, 1995.

_____. Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Portaria n.º 2.203, de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília - DF, 6 nov. 1996. 1996a. Seção 1. p: 22932.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n.º 196/96. 1996b. Brasília, DF.

_____. Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p: 11, 22 dez. 1997, Seção 1.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1998.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS. 1999 a. 80p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 1999b. 143p. Anais

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 1999c. 40p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde/SPS. 2000. 84p. Anais.

_____. Portaria n. 95/GM. **Norma Operacional Básica da Atenção à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, 26 jan. 2001.

_____. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a. 72p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002b. 228p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PSF: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Mat. Inf.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-25, jan./mar. 2003. (Informe Técnico)

_____. Coordenação de Atenção Básica. **II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**. Brasília: [s.n.]. 2004 a.

_____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do PSF no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes (2001 – 2002)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b. 140p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (org.). **Projeto economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS: 1ª. EXPOGEST**. Brasília, 2006 a.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília: Editora do MS, 2006b. 193 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados (1998-2004)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006c. 200p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BURGESS, W. **Community health nursing: philosophy, process, practice**. Chicago: Appleton-Century-Crofts, 1983. 490 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. et al. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38, 176 p. .

_____. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-90, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHISYS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-81, 2003.

CAMARGO, C. N. et al. Regulação Assistencial e a sociedade do conhecimento: o caso do Distrito Federal. **Comum. Ciênc. Saúde**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 303-08, 2006.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidade de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, A. S. O programa Saúde da Família e os desafios para a formação do profissional e a educação continuada. **Interface – Comum, Saúde, Educ.**, [S.l.], v. 5, p. 133-42, 2001.

CAMPOS, G. W. S et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITE; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. de Sousa, MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. 134 p.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. 176 p.

_____. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. 220 p.

_____. O Anti-Taylorismo: sobre a invenção de um método para co-governar instituições em saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000a. 237p.

_____. **O anti-Taylorismo e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese (livre-docência)–Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP.), Campinas, SP, 2000b.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campos e núcleos de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000c.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 186 p.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de Sousa et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.

_____; AMARAL, A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais técnico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-860, 2007.

_____; BARROS R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-49, 2004.

_____, MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. 134 p.

CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios da ciência sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p. 241-69.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAPITANI, G. R. S. **PED: Planejamento Estratégico Democrático ou Processo Educacional Democrático? A experiência no Saúde em Casa**. Dissertação (Mestrado)—Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. Brasília, 2002. 280p.

CARNEIRO, A. O. et al. **A vigilância à saúde como proposta de modelo assistencial que reorientou as ações de saúde no município de Juazeiro – BA: 2001-2004**. Rio de Janeiro: [s.n.], p. 46-52, maio 2005, 32 p. [Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal].

CARVALHO 1999 – RINALDO HISTÓRIA p. 48

CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A Família Contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000. 122 p.

CARVALHO, S. R.; CUNH, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de Sousa et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITE; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CECÍLIO, L. C.O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul./set. 1997.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do estado da Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, set./out. 2005.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N.. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33, maio/ago. 2002.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família: uma estratégia para as políticas de saúde e ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-13, 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, A. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, J.; CACCIA BAVA, S. (Org.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 143-192.

_____. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al. (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 12, p. 385-406, 502 p..

_____. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de Sousa et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora HUCITE/ Editora Fiocruz, 2006. p. 231-58.

COIMBRA, M. A. Abordagem teórica ao estudo das políticas sociais. In: ABRANCHES, S. W.; COIMBRA, M. A. (Org.) **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

CONILL, E. M. políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 1991-2002, 2002. (Suplemento)

COPQUE, H. L. F; TRAD L. A. B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 223-233, out./dez. 2005.

COSTA, J. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983. 282 p.

COSTA, L. R. L. Saúde da Família: apoio financeiro, com esforço. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine/Cealag, 2002. p. 433-440.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, [S.l.], n. 55, p. 8-12, 2002.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-31, 2005.

CUNHA, G. T. **A clínica ampliada na atenção primária**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, M. A. O.; MORAIS, H. M. M. Assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1651-1660, 2007.

CURY, A. Perspectiva de uma classe. **Brasília Médica**. Brasília, v. 1, n. 1, p. 76-8. set, 1997.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceito, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176 p.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 61-90.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14. 2004a.

_____. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-9, 2004b.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995. 293 p.

_____. **Politicidade**: razão humana. Campinas/SP: Papiros, 2002a.

_____. **Solidariedade como efeito do poder**. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire, 2002b. 287 p. (Coleção Perspectiva, v. 6) .

_____. Novos paradigmas em política social. In: CARVALHO, D. B. B.; SOUSA, N. H. B.; DEMO, P. (Org.). **Novos paradigmas da política social**. Brasília: UnB, 2002c. p.13-50.

DIAS, H. P. **Direitos e obrigações em saúde**. Brasília: Anvisa, 2002. 387 p.

DI VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**: manual de instrução. Brasília: OPAS/ Cooperação Italiana em Saúde, 1993. 49 p.

DOBASHI, B. F. "**Viva seu bairro**": em Campo Grande/MS a promoção da saúde percorre caminhos da intersectorialidade. Rio de Janeiro: [s.n.], 32: p. 28-35, maio 2005. (Saberes e práticas da gestão municipal).

DONNÂNGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

____ PEREIRA, L. S. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre o PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I et al. (Org.). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: ED. UFSC, 1994, p. 61-78.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-81, 502 p.

FERREIRA, S. L. A mulher e os serviços de saúde. IN: ALMEIDA, M. C. P. ; ROCHA, S. M. M. (Org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997, p. 175-228.

FERRAZ, S. T. Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000. Brasília: Ed Paralelo, 1999.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 515-29, 2007.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. O PSF e o direito à saúde. **Olho Mágico**. [S.l.], v. 6, n. 22, p. 22-9, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos técnico-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

_____. CECÍLIO, L. C. de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-860, 2007.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 11, n. 23, p. 515-29, 2007.

FLEURY, S. M. T. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989. (Pensamento Social e Saúde: 3).

_____. Reforma del Estado. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 05, p. 07-48, set./out. 2001.

_____. **Políticas sociais e democratização do poder local**. [S.l.; s.n.], 20-. Disponível em: <www.fgv.br>. Acesso em: jul. 2006.

FLEURY, Sonia Maria Teixeira. **Democracia, poder local e cidadania no Brasil**. [S.l.; s.n.], 2003. Disponível em: <www.fgv.br>. Acesso em: jul. 2006.

FLORÊS, O. **O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde**. Tese (Doutorado)–Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

FORTUNA, C. N.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e o processo de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-82, set./dez. 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 547-54. jul./ago. 2005.

FRENTE BRASÍLIA POPULAR (PT, PPS, PC do B, PSB, PCB-PSTU). **Proposta de governo**. Brasília, 1995. 5 p.

FRIEDMAN, M. M. **Family nursing: theory and assessment**. 2. ed. Connecticut: APPELTON-CENTURY-CROFTS, 1986.

GARCIA, J. C. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. 238 p.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som**. Tradução., Pedrinho A. Guaresch. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livros, 2005. 77 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. **Diagnóstico do setor saúde no Distrito Federal**. Brasília: CODEPLAN, 1970, il. 295 p.

_____. _____. **Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal**. Brasília: [s.n.], 1980 a. il. 26 p.

_____. _____. **Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal**. Brasília: [s.n.], 1980b. il. 18 p.

_____. _____. Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Departamento de Recursos Médico – Assistenciais. **Manual de Assistência à Saúde para Centros de Saúde**. Brasília: [s.n.], 1981. il. 60 p.

_____. _____. **Implantação de Centros de Saúde**. Brasília: [s.n.], 1982. il. 87 p.

_____. _____. **Redefinição do sistema de Saúde do Distrito Federal**: conclusão do grupo de trabalho. Brasília: [s.n.], 1986. 23 p.

_____. _____. Fundação Hospital do DF. **II Conferência de Saúde do DF**. Brasília: [s.n.], 1991. Relatório final.

_____. _____. **Seminário sobre saúde no DF**: um passo a frente na qualidade. Brasília: [s.n.], 1993.

_____. _____. Fundação Hospital do DF. **III Conferência de Saúde do DF**: "Saúde e qualidade de vida, um direito de cidadania". Brasília: [s.n.], 1995. 46p. Relatório final

_____. _____. **Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde**. Brasília: [s.n.], 1996 a. 43p.

_____. _____. Fundação Hospital do DF. **IV Conferência de Saúde do DF**. Brasília: [s.n.], jul. 1996 b. 56p. Relatório final

_____. _____. **Plano de Saúde do DF:1997-1998**. Brasília: [s.n.], 1997a. 105p.

_____. Subsecretaria de Projetos Especiais. **Projeto implantação do Programa Saúde em Casa**. Brasília: [s.n.], 1997b.

_____. Subsecretaria de Projetos Especiais. **Relatório das atividades do Pólo de Saúde da Família**. Brasília: [s.n.], 1998a.

_____. Fundação Hospitalar do DF. **Plano de Saúde 1998**. Brasília: [s.n.], 1998b. 99p.

_____. Instituto Candango de Solidariedade. **Termo Aditivo no. 063/99 celebrado entre GDF e ICS**. Brasília: [s.n.], nov. 1999. 20p.

_____. Subsecretaria de Planejamento da Saúde. **Plano de Saúde 2000**. Brasília: [s.n.], 1999 a. 116p.

_____. **Projeto de implantação do Programa Saúde da Família**. Brasília: [s.n.], 1999 b. 15p.

_____. **V Conferência de Saúde do DF**. Brasília: [s.n.], nov. 2000. Relatório final

_____. **Plano de Saúde 2001 - 2003**. Brasília: [s.n.], jul 2001. 132p.

_____. **Plano estadual de Saúde: 2004 – 2007**. Brasília: [s.n.], nov. 2003. 273p.

_____. **Programa Família Saudável no DF: plano de conversão da atenção primária à saúde**. Brasília: [s.n.], abr. 2004. 162p.

_____. Diretoria da estratégia de Saúde da Família. Gerência de Avaliação e Impacto. **Sistema de Informação de Atenção Básica: equipes do PSF e PACS implantadas**. Brasília: [s.n.], 2005. (mimeo).

GERSCHMAN, S. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 119-139, 232 p.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. Bras. Ciências Sociais**, [S.l.], v. 21, n. 61, p. 177-277, 2006.

GIL, C. R. R. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxo e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-98, 2005.

_____. . Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun. 2006.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade de emprego no PSF no Brasil. In: FALCÃO et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-90

GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalização nos sistemas de saúde em países periféricos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 155-64, maio/ago. 2003.

_____. ESCOREL, S.; MENDONÇA. Porta de entrada pela atenção básica: integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, set./dez. 2003.

GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e participação sócio-política**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002 (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84)

_____. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, [S.I.], v. 13, n. 2, p. 20-30, maio/ago. 2004.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comum, Saúde, Edu.** [S.I.], v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOULART, F.A.. **Experiências em Saúde da Família**: cada caso é um caso. Tese (Doutorado)– Fiocruz. Rio de Janeiro. 2002. 375p.

_____. Círculos virtuosos e boas práticas em saúde da família. In: FERNANDES, A. S.; SECLÉN-PALACI, J. A. (Org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: OPAS, 2004. p. 127-142. (Série Projeto Desenvolvimento de Sistemas de Saúde, v. 8)

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 224 p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTRANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafio para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331- S336, 2004. Suplemento 2.

HILDEBRAND, S. M. **Mercado de trabalho para enfermeiros no Distrito Federal e formação profissional na UnB**: 1980 -1993. Dissertação (Mestrado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. 176 p.

HILDEBRAND, S. M.; FLÔRES, O.; NETO, M. M. Formação acadêmica em saúde familiar: relato de uma experiência multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, Número especial, v. 53, p. 95-102, dez. 2000.

HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B.. O programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-91, 2007.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelo de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-40, 2007. Suplemento.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, [S.l.], v. 34, p. 35-45, 2000. Número especial.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997.

KONDER, L. **O que é dialética**. 27. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 87 p. (Coleção Primeiros Passos).

KOSIK, K.. **Dialética do concreto**. 5 ed. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio . Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 230p.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. S. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 353-83.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEMOES, A.P.; BERTIN, I. P.; GEBARA, O. Enredos, tramas e contextos específicos de famílias brasileiras: uma pesquisa qualitativa, sistêmica e interdisciplinar. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

LIBÂNEO, J.C.; OLIVEIRA, J.F. e TOSCHI, M. Educação Escolar: políticas, estrutura e organização. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006, Cap. I p:57-106.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-22, 2007.

LIMA, N. S.; GERCHEMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

LUCCHESI, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M. H. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 33-48.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218 p.

_____. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no final do século XX. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-76, 2002. Suplemento.

MACHADO, C. V. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine, 2002.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A et al. (Orgs.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 227-48.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas par ao SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACINKO, J., ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-56, 2003.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Service Research**, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 819-54, 2003.

MARO, A. W. C.; MARO, A. S. A. A visita domiciliar do ACS: da teoria à prática. In: PINTO, R. F.; VIANA, M. O. N. S. **Pequisa em PSF**. Belém: GTR Gráfica Editora, 2004. p.185-97.

MARQUES, R. M.; MENDES A. N. A Política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.163-71, 2002. Suplemento.

_____. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

_____. A dimensão do financiamento da Atenção Básica e do PSF no contexto da saúde. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, p. 71-101, 2002.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-16, set./out. 2004.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington, DC: Segundo Borrador, 1987. 772 p.

MENEZES, M. V. S.; ASSIS, M. M. A. Financiamento da atenção básica (2005-2006) apontamentos para o debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 89-100, 2006.

MELLO, H. B. de. Plano Geral da Rede Médico Hospitalar de Brasília. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, [S.l.], v. 11, n. 1, 1959. Separata.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. Os (Dês)caminhos do financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 376-88, set./dez. 2003.

_____. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITE; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 259-94, 2006.

MENDES, e. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias no SUS. São Paulo: HUCITE; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. 310 p.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

_____. **O planejamento de saúde no Brasil**: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. Brasília: OPAS/OMS, 1998. (Série Cadernos Serviços de Saúde).

MENDES, E. V. et al. (Org.). **A vigilância à Saúde no Distrito Sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1993. 104 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979. 209 p.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986. 289 p.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. 278p.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1987. 134 p.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In: CECÍLIO, L. C. O (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-60.

_____. Brasil pós-64: financiamento dos serviços de saúde. In: Campos, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **O planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 61-112.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. **Democracia e saúde: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. E daí surge o PSF como continuidade e aperfeiçoamento do PACS. **Interface – Comum, Saúde, Educ.** [S.l.], v. 9, p. 147-9, 2001.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. 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. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 385 p.

_____. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006b. 221 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 118-22, 1999.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. 296 p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. 385 p.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

_____. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2002a. 343p.

_____. Hermenêutica – Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminho do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002b. p. 83-108.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 269 p.

MINAYO M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Avaliação por triangulação dos métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005. 244 p.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997. cap. 8, p. 251-293.

_____. Trabalho de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? IN: FALCÃO, André et al. (Org). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p: 137-55.

MOISÉS, S. J. Saudicidade: do neologismo à implantação das práticas internacionais de promoção da saúde. *Revista Nesco Saúde*, v. 4, n. 4, p 11-3, Curitiba 1995.

MONNERAT, G. L., SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MOTA, E. Desafios à gestão de sistemas locais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 243-61, 1999.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. . Prática de enfermagem no programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-46, 2007.

NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine/Cealag, 2002.

NOGUEIRA, A.; NUNES, E. **Instituições, poder e políticas na saúde**: um marco de referência. Brasília: OPAS, 1993. 60 p.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. et al. (Org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 45-58.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil**: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: [s.n.], 2004. 306p.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 11, n. 23, p. 467-84, 2007.

OFFE, C. **Disorganized capitalism, contemporary transformations of work and politics**. Oxford: Polity Press, 1985.

OLIVEIRA, A. M. de; TAVARES, L. H. L. C. **Conhecimento e expectativas da população assistida pelo Programa de Saúde em Casa, numa comunidade de São Sebastião – DF**. Monografia (Especialização em Assistência de Enfermagem na Rede Básica de Saúde)– Universidade de Brasília – Departamento de Enfermagem. Brasília, 1997. 42 p.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)-previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986. 356 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovación de la Atención Primária em la salud**. [S.l.]: OMS, ago. 2005. (mimeo).

OSZLAK, O. Estado y sociedad: nuevas reglas de juego? **Reforma y Democracia**, Venezuela, n. 9, p. 7-60, oct. 1997.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 5311-62.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 20, 570 p.

_____. PSF: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 9, p. 143-6, 2001.

_____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. et al. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a. cap. 8, p. 161-174, 174p

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-67, 2003b.

_____. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília, 2004. 306 p.

_____. **Desafios da saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 8, n. 15, p. 331-48, mar./ago. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional da saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-09, fev. 2001.

PEREIRA, P. A. Alternativas socialistas às políticas sociais neoliberais. **Rev. Ser Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 195 -222, 1998.

PEREIRA, M. J. B. et al. Assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Revista Latino-am. Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 16, p. 1.001-10, nov./dez. 2005.

PERES, F. F. et al.. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 737-69, 2005.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdade no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-62, 2007.

PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S.(Org.). Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: RJ: Vozes, 2005.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S.(orgs.). Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: RJ: Vozes, 2005, p. 29-53.

PIERANTONI, Célia Regina. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine/Cealag, 2002. p. 609-30.

PIMENTA, A. L. Atenção básica como eixo estruturante do sistema local de saúde de Amparo – SP. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 36, p. 45, maio 2005. (Série Conasems – Saberes e práticas da gestão municipal)

PINHEIROS, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ/Abrasco, 2003. 226 p.

PIOLA, S. F.; BIASOTO, G. Júnior. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, São Paulo: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), p. 219-232, 2001.

_____. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine/Cealag, 2002. p. 219-32.

PORTO, S. M. **Distribuição eqüitativa de recursos financeiros no setor saúde**: o financiamento da saúde no Brasil. Brasília: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994. (Série Economia e Financiamento n. 4).

PUCINI, P. de Tarso; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.342-53, set./out. 2004.

PÜSCHEL, V. A. de Araújo, IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossociais de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. **Rev. Esc. Enferm USP**, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 261-8, 2006

QUEIROZ, C. M. B., SÁ, E. N. de Castro; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-22, 2004.

RAWS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C; PIOLA, S. F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 90**: o caso do Ministério da Saúde. Brasília: IPEA/MPOG, 2001. 27 p.

REIS, C. C. L.; HORLATE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, mar./abr., 2004.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-42, 2005. Suplemento.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do PSF. **Revista Latino-am. Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 658-64, jul./ago. 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-46, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integralidade, diversidade e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 125-32, 2007.

RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. 222 p. (Pensamento Social e Saúde, v. 2).

RODRIGUEZ NETO, E. Perspectivas del Sistema Único de Salud en Brasil: aspectos jurídico-legales. **Cuadernos médico-sociales**. Buenos Aires, n. 55, p. 35-44, 1991.

_____. **Saúde: promessas e limites da constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. PSF: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 1.027-34, nov./dez. 2005.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. de Almeida. O PSF e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 59-74.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo os profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Brás. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-64, nov./dez. 2007.

SANTOS, L. R.; EIDIT, O. R. Os direitos do cidadão usuário do SUS: um enfoque da bioética na saúde coletiva. **ACT Paul. Enf.**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 347-353, 2004.

SANTOS, G. F. dos. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine/Cealag, p. 391-10, 2002.

SANTOS, L. R.; EIDT, O. R. Os direitos do cidadão usuário do Sistema Único de Saúde: um enfoque da bioética na saúde coletiva. **ACTA Pal. Enf.**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 347-53, jul./set. 2004.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHAMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795- 06, 2004.

SANTOS, M. A natureza do espaço. São Paulo: HUCITEC, 1999.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. IN: ACOSTA, A.R. e VITALE M. A. F. (Org.) Famílias: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEe/PUC. 2003. p. 21-38.

SCHERER, M. D. dos Anjos, MARINO S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev.2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-94, nov./dez. 2004.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

_____. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 290 p.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. et al. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SENNÁ, M. C. M. **Municipalização e controle social: o Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994)**. Dissertação (Mestrado)–Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995. 122 p.

_____. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-11, 2002. Suplemento.

SENNÁ, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-35, 2002.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias de apoio na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, 2005. Suplemento.

SINGER, A. Saúde. In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Org.). **A Era FHC: um balanço**. São Paulo: Cultura Editora Associados, 2002. 692 p.

SILVA, A. A. **Programa Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde**. Salvador, 2003. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

SILVA, D. J. da; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1673-83, 2007.

SILVA, E. Plano Hospitalar: o que seria; o que é. **Brasília Médica**, v. 1, n. 1, p. 26-35, set, 1967.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **ACS: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240 p.

_____. O ACS e suas atribuições. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, [S.l.], v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002b.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos técnicoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998. 144 p.

SISSON, M. C.. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 16, v. 3, p. 85-91, 2007.

SOARES, J.; CACCIABAVA, S. (Org.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 192 p.

SOUSA, M. F. de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque do povo**. São Paulo: Hucitec, 2001a. 158 p.

_____. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001b. 127 p.

_____. **Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde**. Tese (Doutorado)– Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

SOUSA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 515-23, 2003.

SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine, 2002. cap.10, p. 221-240.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 103-150.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1.603-1.610, 2007.

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 18-27, jan./abr. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO Brasil, 2004. 726 p.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. São Paulo, **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-40, fev. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-03, 1999.

_____. (Org.). **Promoção e vigilância à saúde**. Salvador: ISC/CEPS, 2002a. 128 p.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-62, 2002c. Suplemento.

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 27, p. 257-77, 2003.

_____. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, p.10-23, 2004. Edição especial.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Promoção e Vigilância à Saúde**. Salvador: ISC/CEPS, 2002b. p.23-58.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelos de Atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

_____. Modelos de Atenção à Saúde: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 14, p. 451-480, 502 p..

_____. **Modelos de Atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária**. São Paulo: Cortez, 1989. 232 p.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

_____. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 17-70.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família: uma proposta de avaliação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-35, abr./jun. 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2S190-S198, 2004. Suplemento.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. Teses, dissertações, monografias e outros trabalhos acadêmicos. 2. ed. Curitiba: UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 2). 102 p. : il. ISBN 978-85-7335-198-9.

_____. Sistema de Bibliotecas. Citações e notas de rodapé. 2. ed. Curitiba: UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 3). 56 p. : il. ISBN 978-85-7335-199-6.

_____. Sistema de Bibliotecas. Referências. 2. ed. Curitiba: UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 4). 120 p. : il. ISBN 978-85-7335-200-9.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-88, 2007.

_____. ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-54, 2007.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P.. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.443-453, 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-62.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-32, 2004.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o PSF**, [S.l.;s.n.], 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n^o. 162)

VIANA, A. L. et al. **Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002. Disponível em:<www.saude.gov.br/proesf>.

VIANA, A. L. D. et al. Descentralização do SUS:efeitos da NOB-SUS 01/96 IN: NEGRI B e VIANA ALD (Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo:Sobravine, 2002b. p:471-88.

VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. supl. , p. 139-51, 2002c.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl., p. 225-264, 2005.

VIANA, A. S. A.; ANDRADE, L. O. M.. Método da roda na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde do município de Sobral: um novo agir em saúde. *Divulgação Saúde em Debate*, Série Conasems – Saberes e práticas de gestão municipal, Rio de Janeiro, v. 32, p. 19-27, maio 2005.

VOURI, H. Primary Health Care in Europe: problems and solutions. **Community Med.**, [S.I.], v. 6, p. 221-31, 1984.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. Tradução de Sílvia Maria Spada. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2002. 327 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Commission of macroeconomics and health – Final Report. Geneva: WHO, 2001.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do PSF, São Paulo – Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.690-99, nov./dez. 2004.

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DOS DOCUMENTOS

PROPOSTA: Saúde em Casa

PSF

PFS

Título do Documento/n.º de páginas:

Autoria:

Responsável pela publicação:

Data:

Fonte da coleta:

Conteúdo:

Tópicos importantes/categorias analíticas/categorias operacionais:

Importância para a pesquisa:

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA CENTRAL

1. Fale-me como foi o processo de elaboração/construção da proposta: quem participou e qual o conteúdo, finalidade dela.
2. Quais os critérios utilizados para definir/priorizar a implantação de uma unidade do PSF nas regionais de saúde do DF?
3. Quais as características socioeconômicas e de saúde da população/famílias a serem atendidas?
4. Comente sobre a estrutura organizacional do programa (organograma, coordenações, diretorias, etc.)
5. Como foi definida a utilização do espaço físico destinado à unidade de atendimento da equipe do programa
6. Houve parcerias com outras instituições para sua implantação? Quais instituições e qual o tipo de colaboração?
7. Em relação à força de trabalho: qual a composição, seleção, contratação e treinamento da equipe?
8. Comente como a proposta previa a operacionalização dos princípios e pressupostos do SUS: a integralidade, universalidade e equidade e a participação popular.
9. Como era o sistema de orientação, monitoramento e avaliação do trabalho das equipes?
10. Quais as repercussões da mudança de governo no programa do DF?
11. Quanto à gestão do processo político, quais foram as relações estabelecidas entre os níveis local, regional, distrital e nacional?
12. Quais os avanços e limitações encontrados durante a implementação do programa?
13. Como você percebe o programa como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no período da sua gestão?

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA REGIONAL

1. Qual era a concepção de atenção básica nesse período?
2. E a concepção de saúde da família nesse período?
3. Fale-me como foi o processo de elaboração/construção da proposta: quem participou e qual o conteúdo dela.
4. Qual era o principal problema que a proposta visava solucionar e quais as formas de enfrentamento planejadas?
5. Quais os critérios utilizados para definir/priorizar a implantação de uma unidade do programa nas regionais de saúde do DF?
6. Quais as características socioeconômicas e de saúde da população/famílias a serem atendidas?
7. Como o nível regional se organizava para planejar, executar e avaliar o programa?
8. Quais as estratégias previstas para o sistema de referência e contra-referência?
9. Comente como a proposta previa a operacionalização dos princípios e pressupostos do SUS: a integralidade, universalidade e equidade e a participação popular.
10. Quais as principais questões ligadas à força de trabalho em saúde? Como foram estruturados as contratações e o vínculo dos profissionais?
11. Como foi definida a utilização do espaço físico destinado à unidade de atendimento da equipe do PSF?
12. Como era realizado o trabalho nas unidades? Qual o eixo para o planejamento das ações e serviços? Quais ações eram realizadas? Quais as inovações implementadas?
13. Como era o sistema de orientação, monitoramento, e avaliação do trabalho das equipes?
14. Comente como era a relação entre a Coordenação Regional de Saúde da FHDF/SES e o programa.
15. Como a equipe do PSF se relacionava com a equipe de atenção básica da rede?
16. Quais as repercussões da mudança de governo na operacionalização do programa no DF?
17. Quais os avanços e limitações encontrados durante a implementação do programa?
18. Como você percebe o PSF como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do PSF no período vivenciado?

ANEXO D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GRUPO FOCAL

1. Qual a concepção de atenção à saúde da família? Qual era o objeto e a finalidade do programa?
2. Como foi o processo de implantação e desenvolvimento do programa na sua unidade?
3. Como foram definidas as microáreas, número de famílias, características dessas famílias, composição da equipe, mapas?
4. Como era feito o planejamento das ações e serviços pela equipe local? Quem fazia o quê? Como era organizado o serviço e as atividades dentro e fora da unidade? Houve parcerias para o desenvolvimento do programa?
5. Quais as inovações implantadas pela equipe local? O trabalho do PSF é igual ao dos Centros e Postos de Saúde?
6. Como a equipe do programa se relacionava com a equipe de atenção básica da rede? E com os demais níveis de atenção?
7. Quais os mecanismos utilizados pela equipe do programa para dar continuidade ao atendimento das famílias em serviços de nível secundário e terciário?
8. Como a população avaliou o programa?
9. Comente como foi o treinamento e as estratégias de educação continuada durante o desenvolvimento do programa no período em que você atuou.
10. Como era o sistema de orientação, monitoramento, e avaliação do trabalho das equipes locais?
11. Quais as repercussões da mudança de governo na operacionalização do programa no DF? (transição)
12. Quais os avanços e limitações encontrados durante a execução do programa?
13. Como vocês percebem o programa como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do PSF no período em que estiveram na equipe?

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal – Brasília”** e solicitamos que leia as informações sobre este projeto e sua participação como sujeito da pesquisa. Caso esse termo tenha alguma palavra ou informação que não entenda, peça ao pesquisador para explicá-la, e, não tendo dúvidas sobre o estudo ou sua participação, pedimos dar o seu consentimento livre e esclarecido, fazendo constar a sua assinatura ao final deste documento.

Esta pesquisa tem por **objetivo** analisar a atenção à saúde da família no Distrito Federal no período de 1997 a 2006 favorecendo a discussão sobre as potencialidades e limites do PSF como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde segundo os princípios e pressupostos do SUS. **Procedimento da pesquisa:** sua participação implica em discutir as questões sobre planejamento e implantação da proposta, o que poderá levar um tempo aproximado de 60 a 120 minutos. Este estudo envolverá profissionais de nível universitário que atuaram nas equipes técnicas locais, regionais e centrais do PSF agrupados conforme sua inserção nos programas denominados: Saúde em Casa, Programa Saúde da Família e Família Saudável. **Seus direitos como sujeitos da pesquisa são:** receber as informações sobre a pesquisa; sua participação é voluntária e pode ser recusada em qualquer momento sem prejuízos ou penalidades à sua pessoa, não terá nenhum tipo de despesa, nem receberá pagamentos ou gratificações pela participação; tem a garantia do sigilo pessoal sobre as informações dadas e de receber respostas a qualquer esclarecimento, pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa assim como informações atualizadas no decorrer do estudo. As informações serão utilizadas para fins educativos ou publicações científicas sem que seja revelada sua identidade.

Declaro que li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assiná-lo, que fui informado sobre os principais aspectos relacionados ao estudo e tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi explicada e que recebi respostas a todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar como sujeito dessa pesquisa.

Nome do participante:

Cargo/Função:

Assinatura do participante:

RG:

Assinatura do pesquisador:

Brasília, de de 2007.

Desejando maiores esclarecimentos, favor entrar em contato com a pesquisadora Profa. Stella Maris Hildebrand (3307-2515, 3307-2140 e 8179-1675), Departamento de Enfermagem da FS/UnB ou stella@unb.br; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal fone: 3325-4955, cepsesdf@saude.df.gov.br.

ANEXO F – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____ Idade: _____ Gênero: _____
 End. Residencial: _____
 Celular: _____ Fone Residencial: _____ E-mail: _____
 End. Comercial/ Instituição: _____

II – FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

	GRADUAÇÃO	EPECIALIZAÇÃO	MEST./DOCTOR.
Nome do Curso			
Instituição de Ensino			
Local (cidade/estado)			
Ano de Conclusão			
Duração do Curso			

III – TREINAMENTO INTRODUTÓRIO E EDUCAÇÃO CONTINUADA

a) TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

Nome instituição responsável: _____ Local (cidade/estado): _____
 Período: _____ Carga Horária: _____

b) OUTROS CURSOS DE TREINAMENTO PSF: listar

III – INSERÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

a) SAÚDE EM CASA (1997 – 1998)

Local (cidade, estado, urbana ou rural): _____
 Período (início e término: mês e ano): _____
 Cargo/Função: _____
 Vínculo empregatício: _____

b) PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (1999 – 2002)

Local (cidade, estado, urbana ou rural): _____
 Período (início e término: mês e ano): _____
 Cargo/Função: _____
 Vínculo empregatício: _____

c) FAMÍLIA SAUDÁVEL (2003 – 2006)

Local (cidade, estado, urbana ou rural): _____
 Período (início e término: mês e ano): _____
 Cargo/Função: _____
 Vínculo empregatício: _____