A produção sobre Saúde da Família

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Organização Panamericana de Saúde (Opas), apresenta a produção técnico-científica sobre os desafios e as conquistas na implementação da estratégia de saúde da família. O material foi compilado das apresentações do VII Congresso de Saúde Coletiva, realizado em agosto de 2003, em Brasília.

Entre os trabalhos apresentados durante o evento, cerca de 500 trataram da temática do Programa Saúde da Família (PSF), na forma de estudos e de relatos de experiências. Esse material certamente oferecerá subsídios importantes para embasar ações e reflexões dos atores sociais comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta publicação refere-se aos resumos dos 60 trabalhos organizados em sessões orais e avaliados pela comissão científica do Congresso. Optou-se por uma classificação temática diferente da adotada pelos autores. Nessa nova organização, privilegia-se uma lógica mais próxima dos eixos que constituem os grandes desafios para consolidação da estratégia de Saúde da Família – um elemento fundamental para estruturar a organização da atenção básica no Brasil.

Os trabalhos presentes nesta coletânea tratam das práticas; da organização de serviços e modelos de atenção; da formação, capacitação e educação permanente dos profissionais; e da gestão dos processos de trabalho em Saúde da Família. A publicação contém, ainda, estudos de avaliação de tecnologias aplicadas ao funcionamento e à qualificação da Saúde da Família.

As produções apresentadas refletem as vantagens da estratégia e seu potencial de promover a integração da atenção à saúde nas regiões do país. A Secretaria de Atenção à Saúde espera que esses trabalhos ampliem a capacidade de atuação em rede dos profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, na estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Humberto Costa

Ministro da Saúde

2003. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.

Tiragem: 2.500 exemplares

Citação à Fonte: Textos extraídos da publicação Ciência e Saúde Coletiva – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde/ABRASCO; Livro de Resumos I e II, volume 8, suplementos 1 e 2 de 2003.

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar, sala 751
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel: (61)315-2542/2562 Fax: (61) 325-2094
E-mail: psf@saúde.gov.br

Elaboração:
Departamento de Atenção Básica
Organização Pan-americana de Saúde - OPAS

Equipe Técnica MS/SAS/DAB:
Camilla Sá Freire
Maria Marlene Teixeira
Martha Furlan de Aguiar Taglietta
Paulo Clésio Chaves de Freitas
Regina Coeli Pimenta de Mello
Rousicler de Jesus Oliveira
Tiago Grandi Chabudé

Consultores:
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Denise Maia

Saúde da Família: um estudo dos discursos das pessoas atendidas em postos de saúde

Este trabalho é um estudo sobre representações associadas à categoria saúde da família, a partir dos discursos de pessoas atendidas nos postos de saúde do município de São Pedro de Alcântara e do Bairro Sapé, em Florianópolis. Os gestores destes municípios adotaram a "estratégia do Programa de Saúde da Família" para execução dos serviços prestados no atendimento à saúde da população.

A categoria saúde da família, tem sido escolhida pelos órgãos governamentais para definir as políticas públicas que possibilitem a execução das ações previstas para o setor saúde. Por outro lado, este trabalho também é fruto de minha constante inquietação em conhecer como os usuários dos postos de saúde, doença, e como definem o que é família através de sua própria perspectiva, e como classificam a ação do Programa de Saúde da Família. Sob este aspecto, procurei conhecer as concepções sobre saúde, família e doença de meus entrevistados, procurando relativizar minha experiência como profissional do setor saúde, adotando uma nova postura como pesquisadora. Para realizar esta pesquisa foi essencial distanciarme do conhecimento prévio que possuía enquanto trabalhadora da Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família de Santa Catarina, numa perspectiva de estranhamento do que me é familiar. Neste sentido, encontrei em DaMatta subsídios que me fizeram entender que, para: "...que o familiar possa ser percebido antropologicamente, ele tem que ser, de algum modo, transformado no exótico..." (1993:162)

Pesquisar sobre concepções associadas a família, saúde e doença poderá parecer óbvio para muitos, porém, Oliveira nos chama atenção para o fato de que o que possa parecer óbvio conhecer percepções e definições e definições sobre saúde e doença, será diferente se percebermos que estas características próprias de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos da sociedade. Portanto, a premissa para pesquisar estas concepções seria a importância de conhecer de forma mais ampla o contexto cultural de onde emerge o discurso dos informantes. Neste sentido, entendo como, Langdon, que a cultura compreende valores, símbolos, regras de vida e costumes, é portanto um conceito central para antropologia e deve ser u conceito primordial para qualquer pessoa que trabalha com saúde diante de diferentes grupos, classes sociais e regiões geográficas. Portanto, uma análise do que é cultura é necessária, para compreendermos os conteúdos e os desdobramentos dos discursos dos usuários do Programa de saúde da Família, para antropologia, e deve ser um conceito primordial para qualquer pessoa que trabalha com saúde de diferentes grupos, classes sociais e regiões geográficas. Portanto, uma análise do que é cultura, é necessária, para compreendermos os conteúdos e os desdobramentos dos discursos dos usuários do Programa de Saúde da Família.

TÂNIA MARIA SULSZBACH MULLER
Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família: integração e fragmentação de objetos e práticas

O operar em saúde envolve sujeitos e objetos, finalidade e produtos, formas de organização do trabalho e instrumentos de trabalho que correspondem, por sua vez, não somente aos equipamentos e materiais necessários, mas, sobretudo, às relações técnicas e sociais em constante interrelação. É no desenvolvimento da atividade que a relação entre sujeito e objeto assume sua real significação. Através da ação, e num só tempo, "ambos se constituem mutuamente num mesmo movimento" (MendesGonçalves, 1992:28). No contexto do Programa de Saúde da Família PSF, a multiprofissionalidade abre possibilidades de novas relações entre profissionais e trabalhadores de saúde, podendo ser entendida não somente como uma proposta de hierarquização de funções e atividades segundo o eixo intelectualmanual do processo de trabalho, mas como uma possibilidade de incorporação de novos saberes e tecnologias, em uma perspectiva "horizontalizada" que não implique em uma hierarquização de poder e sim em um compartilhamento de poderes e responsabilidades entre os diversos membros da equipe. Nesse sentido, o presente estudo analisa o processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família a partir de um olhar em profundidade sobre a rotina de uma equipe de saúde da família do municípios de Vitória da Conquista Ba. A metodologia utilizada contemplou a aplicação de questionários a cada membro da equipe, entrevistas e observação do diaa dia da equipe no período de 07 dias de setembro de 2001. Os resultados configuram a distribuição de atividades realizadas em distintos momentos da atuação dos diversos membros da equipe, que foram sistematizadas em um fluxograma da atenção à saúde das famílias assistidas. A organização da semana típica de cada membro e de toda a equipe estudada revelou a existência de um processo de integração e fragmentação na definição dos objetos, dos meios e dos espaços de intervenção da equipe. Concluise lançando questões sobre a reorientação do processo de trabalho coletivo no PSF, tendo em vista a consolidação de uma prática de saúde diferenciada do modelo assistencial hegemômico.

ANDRÉA DA PAIXÃO SILVA
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

No olho do furacão
Trabalho Médico e o Programa de Saúde da Família

O trabalho médico é central nos serviços de saúde, e muitos têm sido os desafios para a oferta de uma atenção de boa qualidade nas unidades básicas. O Programa de Saúde da Família (PSF) propõe mudanças importantes na organização do trabalho médico com a utilização de generalistas. Realizamos uma investigação com o objetivo de analisar potências e limites dessa proposta em alterar o padrão de prática médica hegemonicamente encontrada nos serviços de atenção básica. O estudo foi realizado em equipes de saúde da família (ESFs) de dois Projetos QUALIS/SP (ZERBINI e Santa Marcelina), no período de junho de 2000 a dezembro de 2001. Utilizamos vários instrumentos para coleta de dados (entrevistas, fluxograma analisador, observação de consultas, grupos de discussão e pesquisa documental), triangulação metodológica e validação dos resultados encontrados com as equipes.

Constatamos que essa proposta possui arranjos vinculação dos médicos à uma equipe e à uma população, espaços de discussão do trabalho, visitas domiciliares, entre outros com potencialidade para aumentar o compromisso e o envolvimento dos profissionais com o trabalho. Quanto aos limites, identificamos que a organização do trabalho permanecia ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individual e as consultas estavam voltadas principalmente para a dimensão biológica do adoecer, expressando dificuldades para uma abordagem clínica ampliada. Apesar de diferenças entre os projetos, a capacitação e o apoio ao trabalho mostraramse insuficientes para os profissionais responderem às diversas demandas clínicas e às necessidades de saúde nas suas múltiplas dimensões, apontando o risco de uma simplificação da atenção. Os médicos estavam submetidos a uma grande carga quantitativa e qualitativa de trabalho, com dificuldades de retaguarda dos demais níveis de atenção. O trabalho nas ESFs se apresentou como extremamente desgastante, sendo comparado pelos médicos como estar no "olho do furacão".

As questões levantadas neste estudo indicam a necessidade de rever estratégias do PSF, entre elas a de utilização exclusiva de médicos generalistas nas equipes. Apontase como fundamental para a mudança dos atos médicos hegemônicos a aquisição de referenciais e tecnologias para ampliar a escuta, qualificar o vínculo e as intervenções. Ressaltase ainda a importância de mecanismos de gestão para acompanhar e apoiar o trabalho nas ESF, assim como a melhora na retaguarda dos demais níveis de atenção.

Ângela Aparecida Capozzolo
Gastão Wagner de Souza Campos
Unicamp/SP

O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde como política pública que pretende ser universal e integral encontra no Programa Saúde da Família – PSF, uma ferramenta para garantir a ampliação dos serviços de promoção à saúde. O trabalho de Enfermagem, parte fundamental do trabalho em saúde, está estruturado em um modelo hegemônico que se define em uma prática que segue perpetuando as enormes desigualdades no acesso a uma assistência digna, humanizada e de qualidade para a população brasileira. As dificuldades enfrentadas na implantação do PSF evidenciam a necessidade de preparo das enfermeiras para participarem da mudança de modelo assistencial exigida por esta estratégia. Pretendese, com este estudo, refletir sobre as novas dimensões que se pode identificar nos modelos de assistência que definem a prática de Enfermagem, a partir da análise do cuidado de enfermagem prestado nas equipes do PSF. Tratase de um estudo exploratório descritivo fundamentado no Materialismo HistóricoDialético, em que pretendese acessar o imaginário coletivo presente no discurso destas enfermeiras, e através deste, identificar os princípios que norteiam as ações de Enfermagem. A compreensão destes princípios possibilita a proposta de transformações requeridas pelo atual contexto de saúde. Desenvolveuse uma pesquisa de campo com enfermeiras inseridas nas equipes de SF do Distrito de Saúde do Capão Redondo, na Região Sul de São Paulo. Os dados foram coletados a partir da realização de grupo focal, envolvendo 10 enfermeiros inseridos em equipes de SF, e foram agrupados pela técnica de análise de Discurso do Sujeito Coletivo, segundo Lefrève (2000). O discurso dos sujeitos da pesquisa foram agrupados em 5 categorias empíricas: Ações de gerenciamento, ações assistenciais, ações educativas, ações sociais e perfil profissional. Cada categoria empírica foi derivada de subcategorias, elaboradas a partir das frases temáticas identificadas nos discursos coletivos. Os resultados indicam manutenção dos processos de trabalho de enfermagem (administrar, ensinar e assistir), mas suas características apontam para uma transformação da prática assistencial, obtendo como determinantes dessa mudança o enfoque na complementaridade das ações em equipe multiprofissional e no perfil profissional preparado para as ações integralizadoras em saúde.

Regina Lúcia Herculano Faustino
Mª Júlia Barbosa Moraes
Emiko Yoshikawa Egry
Mª Amélia Campos de Oliveira

A trajetória do médico no Programa Saúde da Família: Um olhar sobre o sujeito

O Programa Saúde da Família é implantado pelo Ministério da Saúde nos municípios brasileiros, como uma estratégia de reorganizar a assistência a saúde, a partir da Atenção Básica. Ao serem inseridos nas equipes, indagase como os médicos percebem as mudanças exigidas em uma nova prática, considerando pressupostos e aspectos conceituais do programa.
A questão principal seria identificar o que facilita e dificulta as transformações da prática médica, a partir de motivações, de saberes, de ambientes e relações.

A pesquisa utiliza o estudo de caso, através histórias de vida circunscrita a profissão, de cinco médicos do PSF, de um município do Nordeste do Brasil. Os marcos principais de suas trajetórias são a escolha da profissão, o processo de formação profissional, a inserção no mercado de trabalho e no PSF. O conhecimento médico está inserido em um processo de construção do pensamento e desenvolvimento da humanidade, em contextos sociais, culturais, econômicos e políticos, determinantes das relações e das práticas nos serviços de saúde.
Utilizando com referencial os estudos que circunscrevem características da medicina liberal, da medicina tecnológica e das práticas tradicionais dos serviços de saúde, procurouse entender, o que ocorre nas práticas do médico do PSF.

Os dados mostram os médicos como produtos de uma formação biomédica, que, ao negar a determinação social da doença, nega, também, os seres sociais envolvidos no processo de cura e manutenção da saúde. O PSF é um mercado de trabalho, onde o médico como um sujeito social, agindo sobre classes sociais distintas, realiza uma prática entre um saber clínico, legitimado socialmente e as ações programáticas típicas das prescrições de caráter sanitário. Executando consultas e visitas, procuram resolver problemas de saúde da população e assumir a função de autoridade sanitária dos territórios onde atuam. Sentem dificuldade em trabalhar como agentes de uma política de saúde e em criar propostas coerentes e negociadas.
Os resultados apontam que o PSF parece ser um locus potencial de construção de um modelo assistencial público universal, onde os médicos, como sujeitos detentores de um saber e fazer, podem ser capazes de ressignificar uma prática que se afastou da dimensão humana e social.

Ana Angélica Rocha
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

O médico de família no município de São Paulo – desafios e possibilidades

O médico que compõe a equipe nuclear do P S F na capital de São Paulo, desenvolve as suas atividades / ações junto a população de sua área, atendendo indivíduos em todas as fases dos ciclos de vida, situandoas nos contextos biopsicossociais nos quais estão envolvidos. Atua de forma integrada nos processos de promoção, recuperação da saúde, prevenção das doenças, fortalecendo o trabalho em equipe. Valoriza o sujeito, como parte integrante da responsabilização do tratamento de sua própria saúde, ampliando autonomia, respeito, confiança e, propiciando o aprofundamento do vínculo equipe / Serviço de Saúde / população.

O estudo descreve e caracteriza o médico de família, integrante das equipes do P S F nas diferentes regiões do município, considerando a auto percepção do seu papel, compromisso e inserção em uma nova estratégia de trabalho na atenção básica.

A metodologia aplicada estuda uma amostra de 237 médicos do universo total daqueles que atuam nas equipes do P S F nas diferentes regiões do município. Foram definidas como variáveis de estudo: local de trabalho; tempo de trabalho como médico de família; tempo de trabalho no PSF do município de São Paulo; pós graduação específica – residência médica e Curso de Especialização em Saúde da Família; participação nas etapas oficiais de capacitação definidas pela Secretaria Municipal de Saúde para capacitação inicial e continuada das equipes do PSF.

A consolidação e discussão dos resultados alcançados sinalizam para aspectos significativos a serem considerados no planejamento e definição de estratégias para qualificação, sensibilização e fixação desse profissional em uma nova estratégia de trabalho – a Saúde da Família, enquanto eixo estruturante de toda a atenção básica.

Karina Barros Calife de Batista
Otilia Simões
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP

Promoção da Saúde e a questão ambiental urbana no Programa da Saúde da Família: a distância entre a intenção e o gesto

Os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são apresentados como estratégias para a reversão do modelo assistencial vigente, centrado na cura de doenças e no hospital. A complexidade de um quadro nosológico no qual doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população, compreendida e definida num território, cuja sistematização, do ponto de vista físico e social, permitiria propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximandose da promoção da saúde. É razoável afirmar que, nesse contexto, as questões ambientais assumem importância crucial. Documentos oficiais que normatizam esses programas prescrevem tarefas com claro enfoque ambiental, indicando às equipes que considerem esses aspectos para eleição das práticas de saúde a serem implementadas.
A tarefa colocada pelos autores é medir a distância entre a intenção normativa e gesto eficaz para sua concretização.

Objeto – A inserção da temática ambiental preconizada pelas diretrizes normativas do PSF/PACS na prática cotidiana das equipes desses programas em quatro municípios da Região Metropolitana de São Paulo

Objetivo – Conhecer as concepções sobre questões ambientais urbanas entre profissionais que atuam nos programas, identificando as ações efetivamente implementadas a partir delas. Avaliar em que medida esses profissionais percebem diferenças entre essas ações e as ações tradicionais de prevenção das doenças.

Metodologia – Observação participante de equipes do PSF/PACS (1ª fase). Grupo focal constituído por profissionais dessas equipes (2ª fase).

Considerações Finais – A dinâmica ambiental urbana numa região metropolitana é complexa. Sua compreensão com vista à intervenção necessita de uma visão multiprofissional para além daquela alocada no PSF/PACS e uma capacidade de diálogo interinstitucional que não se encontra explicitada aos profissionais que atuam nos programas. Para atuar sob a égide da Promoção da Saúde o PSF/PACS precisa, inicialmente, intensificar o diálogo com outras instâncias do SUS e, a partir daí, colocarse enquanto setor saúde diante de órgãos de meio ambiente, saneamento, recursos hídricos, entre outros, que tenham atuação no território.

Ianni, A.
Quitério, L.
Instituto de Saúde/Secretaria Estadual de São Paulo/SP
Centro de Estudos de Cultura Contemporânea

A saúde bucal na estratégia de Saúde da Família: experiência da UFSC na Lagoa da Conceição

Este trabalho relata a trajetória do grupo de residentes do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC/Modalidade Residência, no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição(FlorianópolisSC),com um enfoque para as ações de saúde bucal.

A equipe multidisciplinar é composta por 3 médicos, 2 enfermeiras, 1 nutricionista , 1 psicóloga e 1 CD. A partir de uma territorialização para reconhecimento do perfil epidemiológico da população, detectouse que a programação local do CS constituise num problema devido ao distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do SUS . A área de abrangência do CS comporta 35000 hab. para uma ESF. Somado a isto o modelo de atenção biologicista e a ausência de ações coletivas de educação em saúde vigentes resulta numa baixa cobertura pelos serviços e uma comunidade distanciada do seu exercício de cidadania.

O trabalho exercido pela equipe de residentes almeja a melhoria da condição de vida da população adscrita através da reorganização do modelo de atenção vigente no sentido de comprometêlo com os fundamentos do SUS .

A partir de um planejamento local, buscandose a mudança no perfil epidemiológico da população, foram propostas ações que contemplam o atendimento clínico ambulatorial, visitas domiciliares, procedimentos preventivos–promocionais nas escolas públicas locais , instituições e em grupos de atenção a saúde, além do envolvimento nas organizações comunitárias para estímulo e orientação no exercício do controle social. Como práticas interdisciplinares destacamse: Momento de Integração que é um espaço diário que reúne a equipe para discussão e planejamento interdisciplinar dos casos clínicos mais complexos; as interconsultas e intervisitas; e os grupos de promoção e prevenção a saúde onde os profissionais se somam de forma que os temas abordados abranjam a saúde do indivíduo em sua integralidade. As ações coletivas em saúde bucal são realizadas também de forma interdisciplinar envolvendo toda equipe bem como os ACS, desmonopolizando o saber centrado no CD.

A reorganização do modelo de atenção caminha em passos lentos , entendendose que para uma mudança de paradigma é necessário muito mais do que um compromisso individual , é necessário a participação ativa da comunidade, apoio político dos gestores de saúde, e meios que viabilizem este novo modelo.

ANGÉLICA BORCHARDT
DANIELA LEMOS CARCERERI
LENISE DE MELLO BARTH

Promoção de Saúde em unidade do PSF de Porto Alegre RS

Promover saúde é desenvolver melhorias de qualidade de vida da população no que tange suas necessidades mais diversas. Em vista disto, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da disciplina de Economia Profissional desenvolveu um trabalho de aproximação e interação dos acadêmicos com comunidade incluída na unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro São Borja, no município de Porto Alegre, buscando uma vivência dos acadêmicos numa realidade diferente, e ao mesmo tempo auxiliando a comunidade a alcançar uma melhoria na qualidade de vida. O objetivo da atividade é proporcionar um contato dos acadêmicos com a realidade de uma comunidade carente vinculando ações de educação em saúde, visitas domiciliares em parceria com agentes de saúde do PSF e praticar a parte clínica com métodos simplificados baseandose nos princípios do Tratamento Restaurador Atraumático (ART). Foram feitas cinco visitas à comunidade, sendo divididas entre: trabalhos em uma escola de ensino fundamental e visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários integrantes do PSF. Na escola os acadêmicos trabalharam em duplas, sendo que cada dupla foi responsável por uma turma, desenvolvendo todas as atividades no próprio ambiente escolar, inclusive a adaptação de um ambulatório em uma sala de aula no caso de necessidades curativas. A iniciativa deste projeto gerou uma sensibilização por parte dos acadêmicos que ficaram motivados com relação ao curso e à Odontologia Social. Além dos conhecimentos técnicocientífico obtidos, da assistência odontológica levada a algumas crianças da escola e do intercâmbio com os profissionais do PSF, temse o orgulho de concluir que a análise feita sobre o papel e a responsabilidade social dos profissionais como promotores de saúde foi o mais importante.

Gabriela Gonçalves Innocente
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Diogo Luis Fiaminghi
Evelise Leonardi
Juliana Dummel
Sonia Maria Blauth de Slavutzky
Faculdade de Odontologia – UFRGS

A inclusão da saúde bucal no cotidiano das equipes de Saúde da Família do distrito sanitário norte – Natal/RN: desafios e perspectivas

Durante muitos anos, o campo da saúde vem se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o formato da ação médica foi se tornando hegemônico.O processo de trabalho em saúde tem se caracterizado pela fragmentação dos cuidados entre os profissionais que compõem a equipe de saúde. Nesse horizonte de crise, a Estratégia Saúde da Família pode significar um processo instituinte de mudança na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais (vínculo, humanização, integralidade das ações, coresponsabilidade, etc.) que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde. Este trabalho descreve a experiência de capacitação dos profissionais das diversas categorias que compõem a equipe de Saúde da Família nas ações básicas de saúde bucal com vistas a superar a dicotomia e a fragmentação conhecimento/prática. Nessa perspectiva, logo após a implantação das equipes da ESF no Distrito Sanitário Norte em Natal/RN foram realizados diversos encontros, debates e capacitações sobre variados temas onde muitos desafios foram colocados para tais equipes. Entre estes, a capacitação dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e atendentes de consultório dentário) para a realização do primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal visando a obtenção de um diagnóstico inicial da área para o planejamento das ações. Apesar de algumas resistências evidenciadas, esse processo foi extremamente valioso, sendo fundamental para suscitar a discussão sobre o processo de trabalho em saúde e o papel de "cuidador" do profissional de saúde. Os protocolos clínicos em saúde bucal (por ciclos de vida) foram discutidos com toda a equipe, e vários conhecimentos sobre saúde bucal foram apropriados pelos profissionais das diversas categorias que hoje, já identificam necessidades e referenciam os usuários para os profissionais de saúde bucal. Assim, acreditamos que a desmonopolização do saber em saúde bucal, a construção de novos conhecimentos, as inovações assistenciais elaboradas coletivamente são ferramentas essenciais para a construção de um novo fazer, com vistas à promoção da saúde.

Maísa Paulino Rodrigues
Marco Aurélio Azevedo de Oliveira
Faculdade de Odontologia – UFRGS

Formação de cirurgiõesdentistas para a atenção básica na residência integrada em saúde coletiva

Desde 1976, com a implantação da residência em Saúde Comunitária, o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), órgão vinculado à Escola de Saúde Pública da SES/RS, temse voltado para a formação de trabalhadores da saúde com característica multiprofissonal. A partir de 1999, através da criação da Residência Integrada em Saúde Coletiva (portaria 16/99 SES/RS), foram incluídas vagas para cirurgiõesdentistas.

Objetivo – Apresentar a Residência Integrada em Atenção Básica, ressaltando o papel dos residentes de Odontologia.

Programa de Formação – Tem duração de dois anos com uma carga horária de 60 horas, organizadas pedagogicamente, levandose em conta os conceitos de campo e núcleo de conhecimentos (CAMPOS, GW 1990). O currículo é único para as diferentes profissões (medicina, nutrição, enfermagem, serviço social, psicologia e odontologia), respeitandose as especificidades de cada área. Nas atividades de campo, participam os residentes de todas áreas, garantindo a interdisciplinaridade. Nas atividades de núcleo os residentes de odontologia realizam atendimento no módulo de odontologia e seminários.

Conclusão – A Residência Integrada em Saúde Coletiva permite a formação do CD integrado à dinâmica do SUS, constituindo uma nova realidade para a profissão.

MÁRCIA FERNANDES DOS SANTOS
ADRIANA GOMES ANDRIGHETTO
ALEX ELIAS LAMAS
PATRÍCIA FLORES ROCHA
ELOÁ ROSSONI
Centro de Saúde Escola Murialdo
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Implementando um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades

Tratase da análise dos limites e possibilidades de construção da interdisciplinaridade na implementação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, financiamento pelo Ministério da Saúde/ BID, na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Tal programa, iniciado em abril de 2002, dirigiuse a enfermeiras e médicos. A FCM conta com os cursos de enfermagem, fonoaudiologia e medicina, criados respectivamente em 1963, 1978 e 2002, e constituise por 16 departamentos de ensino, majoritariamente médicos. O apoio ao desenvolvimento da formação, aprimoramento, capacitação e educação permanente em fica a cargo de um Grupo de Trabalho, criado em novembro de 1999 e composto por docentes de sete departamentos de ensino. No âmbito geral, a implantação do programa representa uma iniciativa inovadora na FCM, no entanto, a relação universidade/Ministério da Saúde tem se caracterizado pela morosidade administrativa e insuficiente definição de responsabilidades das partes envolvidas. O desrespeito ao calendário acadêmico e não garantia da certificação do programa pelo MEC contribuíram para a evasão dos médicos. A falta de institucionalização do programa de Saúde da Família tem se constituído como limite objetivo ao aprimoramento e expansão das iniciativas nesse campo. Na mesma direção, a ausência de cultura institucional e a inexistência de formalização da residência para enfermeiras têm implicado a constante negociação com os serviços de saúde da universidade e da rede municipal de saúde, na definição dos campos de ensino e condições mais apropriados ao desenvolvimento das atividades práticas. O perfil acentuadamente distinto dos residentes médicos e enfermeiras, provavelmente decorrente do modelo de ensino dos respectivos cursos de graduação, demanda também um empenho especial da preceptoria. Contudo, a participação na implementação do programa tem permitido verificar que o exercício cotidiano de preceptoria/supervisão multiprofissional em serviço representa a possibilidade mais concreta de construção da prática interdisciplinar, com repercussões positivas para o corpo docente, residentes e profissionais de saúde.

Ana Maria F. de Oliveira
Nair L. Yoshino
Olga Maria F. Carvalho
Ricardo Caraffa
Márcia R. Nozawa
Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

O trabalho da enfermagem no Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), estratégia do Ministério da Saúde, cujo objetivo é reorganizar a prática assistencial substituindo o modelo tradicional de assistência voltado para a cura de doenças e realizado principalmente em hospitais, foi e está sendo implantado em todo território nacional. A enfermagem é parte deste trabalho em saúde, construindo uma prática voltada a famílias e a comunidade.

Objeto – Neste estudo o objeto central é o trabalho da enfermagem na saúde da família.

Objetivos – Analisar o trabalho da enfermagem no PSF município de Campinas, interior do estado de São Paulo, desde sua implantação em 1995 até 2002.

Metodologia – Pesquisa qualitativa e descritiva. Foram realizadas entrevistas com os trabalhadores de saúde que atuaram, coordenaram ou supervisionaram, as três primeiras equipes de saúde da família no período de 1998 a 2000 e ainda atuam na rede básica de saúde do município. As entrevistas foram analisadas através da análise temática de Bardin, sendo agrupadas em dois temas: as características do trabalho da enfermagem e o trabalho em equipe.

Conclusões – A enfermagem tem sua história permeada pelas dificuldades e incertezas da implantação do PSF em Campinas. Inicialmente, a enfermagem tinha uma atuação mais assistencial, cuidadora, voltada para fora da unidade, centrada no usuário, na comunidade, tanto a enfermeira como a auxiliar de enfermagem. Atualmente, o trabalho está mais voltado para dentro da unidade, sendo mais focalizado nos procedimentos, a enfermeira tem sua atuação limitada pela dinâmica da unidade, sendo essencialmente gerencial, e a auxiliar de enfermagem teve sua atuação na comunidade limitada, faz menos visitas domiciliárias, estando trabalhando dentro da unidade, enfocando os procedimentos. Este estudo pretendeu colaborar com a discussão do trabalho da enfermagem no PSF em Campinas e no país, afinal, discutir o PSF é discutir o processo que vivenciamos de construção do Sistema Único de Saúde.

Marques, D.
Silva, E.M.
Prefeitura Municipal de Campinas
Departamento de enfermagem da Unicamp

A inserção do médico nos serviços públicos de saúde. Em foco o PSF

Estudo sobre o trabalho e a prática médica no serviço público de saúde, tendo como pano de fundo o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. A eleição do PSF se deu em função dele representar um modelo preconizado e induzido pelo MS que pretende ter a saúde como mote, visando também mudar o modelo assistencial. Sabendo se que a prática médica é alicerçada na cura de doença, dentro do modelo biomédico, o estudo apresenta algumas tensões advindas desta alteridade.

Iniciase com uma revisão histórica e bibliográfica do PSF no Brasil, apresentando a trajetória do programa e suas várias diretrizes. É feita uma abordagem sobre a o cotidiano das práticas médicas baseadas no saber sobre as doenças bem como a apreensão desta prática por parte dos médicos e suas repercussões na sociedade. Utilizou se, no trabalho de campo, entrevistas com nove profissionais médicos que trabalham em programas de Saúde da Família premiados pelo Ministério da Saúde em 2000.

A partir do olhar e das reflexões dos médicos entrevistados foram focalizadas sete categorias que simbolizam dificuldades, adaptações e construções advindas deste cotidiano. Identificou se focos de tensão cristalizados em situações inerentes ao trabalho, aos sujeitos, as relações de poder, ao binômio saúde doença.

Metodologicamente, organizei as narrativas pessoais em categorias que expressavam o conteúdo das questões estudadas, portanto as falas se tornaram categorias. São elas *"Médico mil e uma utilidades"*; *"Vínculos, prá que te quero?"*; *"Cada PSF tem sua "personalidade". Será a do médico?" "Não basta ser doutor, tem que ser especialista" "Referência contra quem?" "Os modelos de atenção e a tensão entre os modelos" "PSF "Brinco de Ouro" dos políticos?"*

As conclusões versam sobre o modelo assistencial, formação médica, relações políticas do PSF, dificuldades da apreensão deste modelo na prática médica, medicalização da sociedade. Finalizando o estudo reafirma a importância do profissional médico dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde e a necessidade de discutir as bases da prática médica visando o engajamento médico no PSF e no sistema público de saúde.

SHEILA P .S. SOUZA
INCA

Reestruturando a atenção a saúde bucal integrandoa a rotina das equipes do PSF (Programa Saúde da Família) de Camaragibe

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência na inclusão das ações de atenção à saúde bucal na rotina das equipes das 36 Unidades de Saúde da Família composta por: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, e auxiliares de enfermagem.

Camaragibe desde 1994 vem a partir da discussão do processo de trabalho e do processo saúde e doença bucal com os atores envolvidos (trabalhadores de saúde e população organizada) desenvolvendo um modelo de atenção de promoção a saúde bucal que pode ser avaliado através dos levantamentos epidemiológicos realizados, CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos que em 1994 era de 6,7 e em maio de 2001 foi de 1.8.

Estas ações eram desenvolvidas pelos ASB (agentes de saúde bucal) supervisionadas pelas CD (cirurgião dentista).

A partir de fevereiro de 2001 desenvolveuse um processo de educação continuada em saúde bucal por equipe do Programa Saúde da Família, para garantir a implantação das atividades de promoção e prevenção em saúde bucal na faixa etária de 6 a 14 anos, nas escolas municipais, estaduais, conveniadas e particulares no território de abrangência de cada Unidade de Saúde da Família.

A partir da implantação, ocorreu o monitoramento destas atividades através de oficinas nos 5 territórios do município, integrando assim as USF's e os serviços de referência municipal (Centro de Saúde, Centro de Urgência e Especialidades, Núcleo de Reabilitação, Faculdade de Odontologia e Centro de Diagnóstico).

A lógica de integrar serviços e ações por território fortalece a construção de um sistema de saúde equânime, único, fundamentado no conceito ampliado de saúde e na intersetorialidade resgatando a qualidade de vida da população.

D'ANDRADA, J;
COSTA, I;
MORAIS, F;
SANTA CRUZ, L.
Prefeitura Municipal de Camaragibe/PE

A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná

O objetivo deste estudo foi analisar o perfil de implantação da Odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, um ano após a entrada em vigor, no final do ano 2000, da Portaria nº. 1.444 do Ministério da Saúde. Para tanto, delineouse um estudo qualiquantitativo envolvendo todos os 136 municípios que haviam implantado Equipes de Saúde Bucal no PSF até o início de 2002. Foram encaminhados dois tipos de questionário, previamente testados e aprovados, abordando: a) aspectos administrativos, devendo ser respondido pelos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios, e b) aspectos operacionais, a ser respondido por todos os dentistas integrantes das equipes. Ambos compreendiam perguntas objetivas, e contavam com um espaço para que os participantes expressassem sua opinião sobre experiências, sucessos ou dificuldades encontradas na operacionalização do programa. Foram obtidas respostas de 77 municípios, correspondendo a 56,6% do total de questionários enviados. Os resultados revelam que a média de população coberta por equipe (4.947 ± 1.700 pessoas) praticamente corresponde ao mínimo estipulado pela Portaria do Ministério da Saúde (5.000 pessoas). Apesar disso, existe dificuldade, por parte das equipes, em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas, como, por exemplo, visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção de saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência. Outra dificuldade relatada relacionouse ao encaminhamento dos casos de maior complexidade os quais, em 19,9% dos municípios, são solucionados pela própria equipe ou não são resolvidos. Como ponto positivo verificouse que 94,3% dos dentistas entrevistados relataram haver participado de cursos de capacitação e houve recepção favorável do programa por parte da população. Finalmente, observouse que o número de contratos formais de dentistas, através de concurso público, é pequeno (27,3%) e os relatos indicam que há necessidade de formação de profissionais generalistas, que saibam trabalhar em equipes interdisciplinares e que apresentem, portanto, perfil adequado para o Programa de Saúde da Família.

Márcia Helena Baldani Pinto
Márcia Geny Schweitzer Queiroz
Taisiane Possamai
Cristina Berger Fadel
Universidade Estadual de Ponta GrossaUEPG

Perfil dos Odontólogos na equipe de Saúde da Família

O acesso e a utilização dos serviços de saúde ainda é um desafio para as políticas públicas no Brasil. Quando se analisa o acesso aos serviços odontológicos observase que 29,6 milhões de pessoas nunca consultaram um dentista (PNAD 1998). O quadro é mais alarmante quando confrontado com a elevada proporção de odontólogos do país por habitante (1:979 hab.). A estatística comprova que não há carência, ao contrário, há uma pletora de odontólogos, que não é acompanhada de adequado acesso aos serviços odontológicos.

O Programa de Saúde da Família (PSF) se apresenta como estratégia de mudança do modelo assistencial, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Em dezembro de 2000 uma nova frente de ação foi incorporada às atividades do PSF com a inserção da equipe de saúde bucal (ESB).

Este estudo é um recorte da pesquisa "Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos" que analisa os fatores facilitadores e limitadores do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes. Nosso objetivo é descrever o perfil dos odontólogos no PSF e assim contribuir para o debate da inserção da ESB. Alguns eixos orientaram a análise: forma de seleção do profissional, modalidade de contratação e carga horária, faixa salarial, compatibilidade entre salários e atribuições e vínculo com as famílias. Entre os dez municípios estudados, selecionamos aqueles em que este profissional já atuava: Aracaju/SE, Brasília/DF, Camaragibe/PE, Manaus/AM e Vitória da Conquista/BA. Foi realizado inquérito e coletados dados dos questionários de autopreenchimento distribuídos aos integrantes das ESF e questionários aplicados à amostra de famílias usuárias do PSF.

O perfil dos odontólogos foi descrito a partir dos resultados que se destacaram nos municípios analisados. Os profissionais foram selecionados por seleção interna SMS, por indicação e entrevista. Entre as formas de contratação encontramos: servidor público estatutário, CLT, cooperativa e convênio. A maioria trabalha 40 horas exclusivas, com remuneração entre R$2001 e R$3000 e não consideram que esta seja compatível com as atribuições. Para os odontólogos, a relação entre equipes e famílias melhora a qualidade de vida do cidadão e cria vínculos. Contudo, na percepção das famílias, não existem elementos suficientes para avaliar a qualidade do acesso e, em alguns casos, é admitida ainda a insuficiência de serviço em saúde bucal.

Renata Rangel Silva
Ana Cláudia Barbosa da Silva
NUPES/ENSP/FIOCRUZ

Perfil dos profissionais da Atenção Básica da cidade do Rio de Janeiro interessados pelo Programa Saúde da Família

A inclusão da Odontologia na equipe mínima do Programa Saúde da Família foi prevista pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2000. A Cidade do Rio de Janeiro elegeu para compor as equipes de trabalho desse programa, a estratégia de identificação e seleção dos profissionais da própria rede de serviços. O objetivo do presente estudo é verificar qual o perfil dos dentistas dessa rede que possuem interesse pelo PSF e fornecer dados que contribuam com as estratégias de seleção, capacitação e inserção desses profissionais. A metodologia utilizada foi de uma pesquisa social qualitativa com utilização de um questionário com perguntas fechadas, abertas e semiabertas, enviados a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica. A Análise de Conteúdo, para as questões abertas, possibilitou um aprofundamento do universo significativo. Os resultados mostram que os motivos de interesse são a possibilidade de realização profissional e a remuneração oferecida; que 89% afirmam ter necessidade de maiores informações sobre o assunto; que a inserção dos profissionais é vista principalmente através de procedimentos cirúrgicorestauradores e palestras e, que numa dada situação hipotética de planejamento de ações, 50% dos profissionais não a responderam. Além dos resultados relatados, outras observações foram analisadas e os dados mostram que a ampliação e funcionamento das futuras equipes necessitam de um processo intenso de reorganização da profissão para este outro campo de atuação.

SYLVIA TRISTÃO
DANIELA MERGULHÃO
ELISETE CASOTTI
Associação Brasileira de OdontologiaRJ
NUTES/UFRJ
UFF

A opinião de gestantes quanto ao atendimento prénatal realizado por enfermeira(o) de uma unidade de Saúde da Família

Sabese que a adesão das mulheres ao prénatal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e que a assistência prénatal adequada durante a gestação é uma medida essencial para preservar a saúde da mulher e do feto e, consequentemente, para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal ainda persistentes no Brasil. A participação da enfermeira(o) no atendimento às gestantes de baixo risco é fundamental, resultando em um maior acesso da mulher e maior qualidade dessa assistência. Este estudo de abordagem qualitativa e de natureza exploratória e descritiva teve como objetivo conhecer a opinião das mulheres que realizavam o prénatal com enfermeira(o) em uma Unidade de Saúde de Família da zona leste de São Paulo a respeito dessa assistência. Foram realizadas 16 entrevistas no mês de agosto de 2002 a gestantes que estavam no segundo trimestre de gestação e que eram acompanhadas por enfermeira(o), por meio de um formulário com questões abertas, tendo em vista a captação de sua opinião a respeito da atenção recebida. Realizouse a análise temática utilizando como categorias as dimensões: clínica, humanizadora e educativa, a partir do referencial de acolhimento e humanização da assistência. Os resultados encontrados apontam para a satisfação das mulheres em relação ao atendimento recebido da(o) enfermeiro(a), destacando aspectos relevantes da dimensão clínica (abordagem, exame físico, exames solicitados, encaminhamentos); da dimensão humanizadora da assistência, com ênfase no acolhimento e no vínculo; da dimensão educativa, com reforço da autoestima, do autocuidado e da troca de experiências, a partir das consultas de enfermagem e outras atividades oferecidas no prénatal. Destacamse alguns problemas que se referem à organização dos serviços de saúde, principalmente da referência laboratorial e para exame de ultrasonografia. Considerase de fundamental importância a assistência prénatal realizada por enfermeiras(os) no sentido de contribuir para o acesso e a qualidade da assistência oferecida à mulher nessa fase, lembrando que a qualidade se faz também com outros elementos da organização dos serviços de saúde que não podem ser menosprezados.

ELIANE DA SILVA
ZENAIDE NETO AGUIAR
Faculdade Santa Marcelina

Saúde Mental e Programa de Saúde da Família: proposta de cadastramento por agentes comunitários de saúde

É sabido que os transtornos mentais têm sido apontados como agravos importantes à saúde dos indivíduos, tanto por sua alta prevalência – chegando a 50% em alguns estudos –, como pelo seu potencial evolutivo para graus variáveis de deficiência e incapacitação. O alcoolismo tem surgido como um desses problemas mentais de grande impacto populacional, particularmente no gênero masculino, onde chega a atingir prevalência de 15%. O Programa de Saúde da Família vêm sendo uma estratégia de atenção básica à saúde nos últimos anos. No entanto, nas suas ações de cadastramento e seguimento da população adscrita não está previsto um esforço dirigido para a detecção dos transtornos mentais, exceto em relação à comunicação de internações psiquiátricas e/ou por alcoolismo. O Programa de Saúde Mental do C.S.E. "S B. Pessoa", tem participado da elaboração de um cadastramento mais abrangente, proposto pelo CSE como um todo, em saúde da família, que inclua, entre outros, os agravos à saúde mental. Objetivo e metodologia: Propôsse a investigação dos carecimentos em saúde mental, dentro do cadastro geral dos domicílios, por 12 agentes comunitários de saúde. Foram elaboradas questões, que, após treinamento, foram aplicadas por estes, numa subárea de abrangência do C.S.E, o Jardim São Remo, São Paulo, (área de favela, com 2118 domicílios). O trabalho se desenvolveu em duas etapas. A primeira consistiu em detectar a presença de transtornos mentais e/ou problemas com bebida alcoólica e história pregressa de internação psiquiátrica. A segunda, em andamento, consta de um cadastro específico que está sendo aplicado àqueles domicílios que responderam afirmativamente na primeira visita, visando traçar um perfil de morbidade ampliada desses casos. Os cadastros gerais foram aplicados em 1216 domicílios, (57,4% do total). O número de cadastros individuais digitados foi de 4756, dentre estes, 424 (8,91%) foram positivos para as questões de saúde mental, sendo 164 para transtornos mentais gerais (38,68%), 250 para alcoolismo (58,97%) e 10 para internação psiquiátrica (2,35%). Conclusões: A inclusão dos transtornos mentais no cadastramento da população, em saúde da família, pode permitir o reconhecimento dos agravos à saúde mental., tendo sido, o alcoolismo, o transtorno mais freqüente. Tal investigação pode ser realizada através da ação do agente comunitário de saúde, tornandose uma estratégia complementar dentro do elenco de intervenções em atenção básica em saúde.

ELEONORA HADDAD ANTUNES
LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA
Centro de SaúdeEscola "S.B.Pessoa"
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Guia de urgência e emergência: um instrumento de reorientação da atenção à saúde na Rede Básica Bahia

Pesquisas recentes na Bahia (Lessa, 2001) reafirmam o diagnóstico da sobrecarga da rede de média e alta complexidade para atendimento de urgência e emergência por uma demanda de pacientes cujos problemas de saúde são passíveis de resolução ao nível da Rede Básica de atenção, inclusive do Programa de Saúde da Família. A mudança desse perfil de atendimento requer a articulação das ações assistenciais às de prevenção e promoção da saúde, de modo a assegurar a integralidade da atenção; a construção de uma cultura sanitária que desatrele a capacidade de resolução da sofisticação tecnológica; o estabelecimento das competências das diferentes instâncias do sistema e dos fluxos entre seus níveis. O "Guia de Orientações para as Situações de Urgência e Emergência na Rede Básica de Saúde da Bahia" representa a produção de um instrumento capaz de contribuir na reorganização da atenção, uma vez que indica condutas e fluxos, articulando práticas de atenção individual às de cunho coletivo (VS e VE). Sua lógica inicia com a descrição dos sinais e sintomas, ou agravos, ou necessidades sanitárias apresentadas pelo paciente, seguida de hipóteses diagnósticas, condutas clínicas, epidemiológicas e sanitárias, entremeadas por fatores de risco e marcadores. As condutas têm base no raciocínio clínico, epidemiológico e sanitário e, além disso, valorizam o uso adequado das fichas de referência e contrareferência nas unidades. A validação do instrumento desenvolvido pelo ISC/UFBA, em convênio com a SESAB, foi realizada mediante trabalho de grupo com profissionais de saúde que atuam em equipes do Programa de Saúde da Família nos municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista.

O guia foi considerado objetivo, simples, positivo, acessível, com linguagem clara, contendo procedimentos factíveis, e promissor enquanto facilitador do processo de trabalho dos agentes. Comentários e sugestões foram analisados e incorporados ao conteúdo, cuja versão final foi editorada. O material recebeu a criação de projeto gráfico, revisão, impressão preliminar, revisão final e impressão final de 5 mil unidades, recomendandose à SESAB sua implantação mediante processo de capacitação para o manuseio e uso adequados.

Will, Flávio; Marques, Tetê ; Barbosa, Neusa; Rangel, Maria Ligia; Andrade, Dulceli; Jesus, Cláudia de.
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Potencialidades e limitações nas práticas do Programa de Saúde da Família para a construção de uma clínica ampliada

A retórica e as normas orientadoras das proposições de planejamento e organização das ações do PSF vêm sendo propostas com uma forte ênfase na dimensão coletiva e na aplicação do saber epidemiológico. Na implantação e consolidação do PSF, a referência ao papel da Clínica como componente do cuidado integral à saúde têm ocorrido de modo infreqüente e superficial no processo de planejamento ou de organização deste novo cenário de atenção à saúde.

Apesar das críticas dos formuladores do Programa ao modelo médico hegemônico e à biomedicina na prática clínica, verificase que as propostas de mudanças têm tido como referência (ou representam) disciplinas e saberes originários no próprio conhecimento biomédico ou são integrantes da mesma racionalidade técnicocientífica que fundamenta a tão criticada Clínica.

Este trabalho analisa, através de entrevistas com médicos, gestores e gerentes do PSF, o potencial do PSF, como estratégia estruturante do modelo de atenção no âmbito do SUS, de promover transformações na prática clínica dos médicos do Programa. Utiliza como referência a perspectiva de mudanças nas concepções acerca do processo saúdedoença com vistas à incorporação da integração biopsicossocial no discurso e no contexto das práticas.

Verificase que o modelo de atenção do PSF, pelo menos como arranjo operacional, facilitaria, em tese, a identificação e a incorporação das dimensões sociais e psicológicas que integram o processo saúdedoença à prática clínica. Entretanto, os médicos do PSF, a despeito do investimento institucional no Programa, convivem com uma prática clínica ainda limitada pela velha dicotomia entre técnica e arte, ou melhor, entre uma prática humanista e um saber biomédico técnicocientífico, "infalível" e "impessoal".

Reconhecer as limitações atuais do PSF enquanto uma estratégia de reestruturação da atenção à saúde, principalmente quando se tem como objetivo uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do processo de adoecimento, não significa um descrédito em relação a esta modalidade de atenção. Pelo contrário: este modelo pode trazer, em seu bojo, oportunidades ímpares para o desenvolvimento destas mudanças no cuidado individual e na prática clínica.

César Augusto Favoreto
Kenneth Rochel Camargo Jr.
Instituto de Medicina SocialUERJ
Disciplina de Medicina Integral/FCMUERJ

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde no Maranhão: avanços e desafios

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS, implantado em municípios que apresentavam indicadores demonstrando precário acesso da população à ação e serviços de saúde. Destacase como uma das alternativas gerenciais do Sistema Único de SaúdeSUS para diminuir iniqüidades;pode configurar uma possibilidade para aumentar o controle social na gestão municipal de saúde e contribuir para a instalação de mudanças que dêm sustentabilidade às ações que estão sendo desenvolvidas. Foram selecionados 16 Estados para participarem do PITS, entre estes se destaca o Maranhão, com o maior número de municípios no Programa (30) e maior percentual de profissionais do PITS do País (29,3%). Este trabalho analisa alguns aspectos do processo e da estrutura de trabalho das equipes do PITS que atuam no Estado do Maranhão.

Metodologia – Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário semiestruturado aos profissionais que estão atuando no Maranhão e da observação participante das pesquisadoras . Os dados quantitativos foram operacionalizados com o programa EPIINFO; os qualitativos foram classificados de acordo com os núcleos de sentido identificados, analisados à luz das teorias pertinentes e contextualizados na vivência da instalação do Programa e dos avanços e desafios da consolidação do SUS no País.

Resultados – Destacase que alguns elementos importantes quanto à estrutura de trabalho ainda estão bastante precários.Apenas 32,4% dos entrevistados dispunham de transporte regular. Outro fator importante é a inexistência ou as precárias condições em que se encontram as Unidades Básicas de Saúde; 52,9% dos entrevistados não consideram suas Unidades minimamente adequadas. Entre os aspectos positivos apresentamse alguns avanços,tais como o acesso aos medicamentos básicos; 94,1% dos profissionais relataram ter disponibilidade de medicamentos da Farmácia Popular para suas prescrições. Em relação ao processo de trabalho, este concentrouse na prestação da assistência, resultando em deficiente interação com os diversos setores da sociedade ou com a motivação para a participação popular , requisitos fundamentais para as mudanças no modelo assistencial e para alterações na gestão municipal da saúde.

Conclusão – O Programa apresenta evidentes necessidades de readequações, entretanto, contribuiu para aumentar as coberturas da Atenção Básica à saúde nos municípios onde concentravamse as populações mais desassistidas do País.

DILMA MARIA L. ROCHA
ROSANA C. B. FERREIRA
SÔNIA MARIA F. DA SILVA
MARIA IEDA VANDERLEI
SUELI ROSINA TONIAL
FUNASA/Gerência de Qualidade de Vida/MA
Universidade Federal do Maranhão/MA

A demanda atendida em uma unidade básica de Saúde da Família no município de Fortaleza, Ceará: estudo de caso

A organização das ações do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Fortaleza estruturase nas unidades básicas de saúde da família (UBASF), sendo estas referência para o atendimento às famílias adscritas. As ações são planejadas com base no diagnóstico de saúde da população estabelecido durante o cadastramento familiar. Tornase fundamental, porém, a definição da demanda destas unidades para o estabelecimento de uma atenção à saúde que seja de fato integral, dentro dos moldes da atenção primária.

Objetivos – Caracterizar a demanda atendida por médicos e enfermeiros do PSF que atuam em uma UBASF da periferia de Fortaleza, com vistas a reorientar e planejar ações em função das reais necessidades das famílias.

Metodologia – Estudo descritivo de caráter exploratório preliminar, realizado no período de Novembro de 2002 a Janeiro de 2003. Os instrumentos de coleta de dados foram desenvolvidos após um período de diagnóstico situacional da organização de serviço da UBASF juntamente com os profissionais. Os instrumentos incluíam: um questionário aplicado através de entrevista com os usuários e uma planilha preenchida pelos próprios profissionais no ato da consulta. Durante uma semana, o questionário foi aplicado por um dos pesquisadores a uma amostra aleatória de usuários, enquanto a planilha incorporou informações de toda a população atendida no período de realização das entrevistas.

Conclusão – O planejamento das atividades na UBASF é feito através da abordagem de ciclos de vida, mas mantém forte relação com "programas" que têm como referência patologias. A análise das 53 planilhas (443 usuários), evidencia que quase 15% destes atendimentos não foram planejados, e que o perfil da demanda é basicamente de idosos e mulheres em idade fértil em virtude da existência de consultas específicas agendadas (Hipertensão e Diabetes, Prénatal, Planejamento Familiar). Nas consultas consideradas "abertas" (Adultos e Crianças), observase um atendimento diretamente ligado às precárias condições de vida dos usuários. Estes aspectos indicam a necessidade de uma revisão das práticas, envolvendo, por exemplo, atividades assistenciais em grupos, não se restringindo ao atendimento individualizado. Indicam ainda, a necessidade de articulação intersetorial municipal e estadual para que ações e intervenções assistenciais tenham impacto positivo nas condições de vida e, portanto, de saúde destas famílias.

Liana M. Ariza
Márcia Gomide
Adriana V. P. Assunção
Alberto N. Ramos Jr
Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro;
Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

A comunicação no Programa Saúde da Família: um estudo no centro de saúde Germano Sinval Faria

O trabalho tem como objetivo identificar e comparar os modelos de comunicação presentes na prática dos profissionais que trabalham no Programa Saúde da Família no posto de saúde Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, com aqueles presentes na proposta do PSF e pesquisar a prática comunicativa no sentido de verificar em que medida os modelos de comunicação se articulam, respaldam e favorecem os modelos médicos. Utilizando como referenciais teóricos na área de comunicação e saúde os autores Inesita Araújo, Antônio Fausto Neto e Janine Cardoso, foram identificados dois modelos de comunicação: o primeiro é o modelo desenvolvimentista/comunicação transferencial e o segundo, o modelos dialógico/comunicação dialógica. Para identificar o modelo de comunicação presente na proposta do PSF, foi feita uma análise do documento de referência do programa; para avaliar as práticas comunicativas, foram feitas três entrevistas abertas semiestruturadas com profissionais que atuam no Centro.A metodologia empregada partiu de pressupostos de análise de discurso e conteúdo. Mas, na medida que as análises foram sendo feitas, identificouse uma série de novos questionamentos. O recorte metodológico foi, assim, moldado pelo objetov, que apontou caminhos, e permitiu não apenas identificar os quadros teóricos, como também montar as matrizes que compuseram o método. Assim, o trabalho tem como eixo estruturante propor um caminho de entendimento da relação entre a comunicação e o êxito (ou não) das atividades do Programa.

Daniela Carvalho Sophia
Programa Radis
Fundação Oswaldo Cruz

Desafios na mudança do modelo de atenção em uma cidade de grande porte, a partir da estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família PSF é um recurso estratégico, que tem como proposta a superação do modelo assistencial, buscando facilitar o acesso aos serviços de saúde e fornecer um atendimento personalizado, de forma mais acolhedora, mantendo uma relação de vínculos diretos com a clientela e estabelecendo responsabilidades com relação à manutenção da saúde daquela comunidade. O município de Londrina, apesar de possuir uma rede de unidades de saúde razoavelmente estruturadas, tinha seu modelo de atenção pautado principalmente no atendimento à demanda espontânea da população, de caráter curativo, sendo pouco resolutivo; o que demonstrava esgotamento deste modelo de atenção. Para superação deste, foram priorizados: o resgate do conceito de trabalho em equipe, o aumento da cobertura assistencial com qualidade e a intervenção nos danos (doença), mas também nos fatores de risco de adoecer. Os principais desafios identificados na implementação da estratégia foram: a falta de preparo dos profissionais para a atuação neste novo modelo de atenção, a dificuldade do trabalho em equipe, o distanciamento entre os níveis local e central e a pouca participação da população no levantamento dos problemas e planejamento das intervenções. Para enfrentamento destes entraves foram estruturados os grupos de apoio às equipes do PSF contando com a participação de profissionais de diferentes áreas, foi organizado um processo de educação permanente para os profissionais, de onde estão sendo produzidos os protocolos de atendimento para as equipes, e um curso de especialização em medicina familiar, específico para os profissionais médicos. Também foram organizadas oficinas de integração serviço comunidade, em todas as regiões da cidade, para aproximação dos conselhos locais e equipes saúde da família e planejamento do trabalho a ser desenvolvido nas unidades com a participação de ambos. Entendese que apesar do programa reunir estratégias já definidas na sua implantação, o mesmo só representará mudanças significativas na assistência à saúde da população se os profissionais que nele atuam, além de "saberem fazer", articularem responsabilidades, liberdade e compromissos, adicionando dessa forma mecanismos que transformem de fato a sua prática assistencial.

Brígida Gimenez Carvalho
Débora Favoreto Milani
Flávia Cimitan Mendes
Sônia Regina Nery
Marilda Kohatsu
Secretaria Municipal de Saúde de Londrina/PR

O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil

O PSF tem se constituído num dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, sendo atualmente uma política prioritária de governo. A consolidação do PSF é, por outro lado, um processo diverso e complexo e estudos que analisem a heterogeneidade de sua implantação no cenário nacional ainda são incipientes, embora já exista uma considerável produção acerca de experiências locais. Compreendendo ser esta uma lacuna importante, este estudo descreve a evolução do processo de implantação do PSF no Brasil, no período de 1998 a 2001, buscando responder às seguintes questões: Onde o PSF foi implantado? Como evoluiu o processo de sua implantação? Quais as características dos municípios onde foi se implantando ao longo do tempo? Para responder a essas perguntas, foi realizado um estudo ecológico, cuja unidade de análise foi o município. Foram incluídos todos os municípios (3.902) que implantaram o PSF até dezembro de 2001. O estudo foi realizado com dados secundários provenientes dos diversos sistemas de informação de abrangência nacional (SIAB, SIM, SINASC, SIA/SUS, SIH/SUS, Censo 2000 e estimativas populacionais do IBGE). As variáveis e indicadores foram classificados em três blocos: a) situação sócioeconômica e demográfica dos municípios; e b) gestão e financiamento do SUS e complexidade da rede de serviços de saúde e c) implantação do PSF. Foi criada uma única base de dados através de um sistema desenvolvido "offline" e os dados foram analisados utilizando o software SPSS for Windows versão 10.0.1. Os resultados apresentados demonstraram, primeiro, a grande expansão da estratégia de saúde da família, a partir de 1998, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país e ampliação da cobertura nos municípios. Cobrindo, em 2001, 70,1% dos municípios brasileiros, este processo foi heterogêneo nas diferentes macroregiões. Segundo, ao contrário do que era esperado, a análise dos dados permitiu identificar que a adesão dos municípios maiores ao Programa foi precoce. Observamos que, no período até 1999, o PSF foi implantado em 100,0% dos maiores municípios de 17 estados e em quase 70% dos municípios com mais de 500.000 habitantes. Terceiro, a implantação do PSF foi bastante expressiva nos municípios de gestão plena do sistema, alcançando 83,7% desses municípios em 2001. E, por fim, houve uma grande ampliação em municípios pequenos nos últimos anos, onde o PSF tem sido implantado com altas coberturas populacionais.

MEDINA, M.G.
PEREIRA, R.A.G.
HARTZ, Z.M.A.
SILVA, L.M.V.
Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família Bahia
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

O "acolher Chapecó" e a mudança do processo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF)

O Acolher Chapecó, projeto implantado em Chapecó, SC, tem por objetivo construir um modelo de assistência centrado no usuário e suas necessidades. Produzir o cuidado através das diretrizes do Modelo em Defesa da Vida (Campos, 1994; Merhy, 1994, 1997; Silva Jr., 1998).

Sua implantação está voltada à reorganização do processo de trabalho, impulsionada por dispositivos institucionais criados para a mudança na assistência à saúde. Grande parte da rede está organizada em Unidades de Saúde da Família, o que sugeriu a reorganização do PSF, com base nas diretrizes do Acolhimento, Vínculo, Resolutividade, Autonomização e Vigilância à Saúde.

Pretendese com este projeto, inverter as tecnologias de trabalho, de um modelo centrado nas tecnologias duras e leveduras para outro com hegemonia das tecnologias leveduras e leves (Merhy, 1999, 2000), na produção do cuidado.

Objeto – O objeto da pesquisa é o projeto "Acolher Chapecó".

Objetivos – Descrever a proposta de organização da assistência, e o processo de trabalho, a partir do Acolher Chapecó e analisar evidências de mudança na inversão das tecnologias de trabalho na produção do cuidado no PSF.

Metodologia – Pesquisa bibliográfica dos modelos assistenciais, processos e tecnologias de trabalho em saúde, entrevistas com informantes chaves e observação direta do processo de trabalho.

Conclusões – Os usuários tiveram atendimentos mais ágeis, em razão da implantação do Acolhimento, que inverteu a assistência medicocêntrica para uma multiprofissional. Dados demonstram que a equipe de Acolhimento tem resolvido em média 30% dos problemas de saúde. Foi aberta a agenda médica, associada à eliminação das "fichas" usadas para racionar o acesso.

Potencializou a capacidade de assistência instalada.

Outras evidências de reorganização do processo de trabalho puderam ser verificadas através da enfermagem, que está mais presente no processo decisório clínico e na assistência direta ao usuário. No melhor relacionamento da equipe durante o trabalho, interagindo saberes e fazeres. Observouse maior sensibilidade dos profissionais para o cuidado aos usuários, humanizando as relações. Mudouse o critério de risco para a clientela que busca assistência, fortalecendo o "risco social" como critério para determinar os projetos terapêuticos cuidadores.

TÚLIO FRANCO
MIRVAINE PANIZZI
Unicamp
Secretaria Municipal de Saúde de ChapecóSC

Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde dos adolescentes: o olhar dos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família

Os agravos à saúde dos adolescentes estão freqüentemente associados à expressão da sexualidade, à violência e ao abuso de álcool e drogas. Esses agravos e suas conseqüências são mais expressivos entre os adolescentes dos assentamentos localizados na periferia do Distrito Federal. Uma das formas de enfrentar esses agravos é promover a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes no contexto da atenção básica a partir de ações implementadas pelo PSF.

Objeto – Promoção à Saúde dos Adolescentes no contexto das ações básicas.

Objetivos – Levantar informações junto aos profissionais de saúde do PSF para orientar a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento do adolescente no contexto do PSF em duas comunidades de baixa renda do DF.

Metodologia – Nesse estudo utilizouse a técnica do grupo focal realizado com profissionais de saúde do PSF de duas comunidades de baixa renda do DF. Utilizouse um roteiro de entrevistas abordando temas como: ocupação do tempo livre pelos adolescentes; agravos que mais acometem os adolescentes; elementos determinantes desses agravos; como enfrentar essa realidade, e a responsabilidade dos profissionais de saúde do PSF.

Conclusões – Os resultados revelam que: (1) enquanto os rapazes vagueiam buscando algo que desperte seu interesse, as garotas desempenham tarefas que exigem maturidade e responsabilidades ainda não alcançadas; (2) embora a gravidez não planejada, a violência e o abuso de substâncias sejam freqüentes, o maior problema dos adolescentes é a desesperança em relação ao futuro e a falta de perspectiva de mudança; (3) os problemas dos adolescentes têm raízes na exclusão social, que impõe dificuldades importantes no desempenho dos papéis sociais, tanto dos adolescentes como dos pais; (4) o enfrentamento das mazelas que acometem os adolescentes se dá com um processo de inclusão social com conseqüente acesso à renda, à saúde, educação, lazer e cultura à família; (5) os entrevistados reconhecem a complexidade das estratégias de inclusão social e, ao mesmo tempo, reconhecem a necessidade de participação dos trabalhadores de saúde do PSF, para tanto precisam aprimorar suas habilidades na aproximação aos adolescentes e aprimorar seus conhecimentos relacionados com a promoção à saúde e desenvolvimento desse grupo.

Muza , Gilson
Costa, Marisa
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave (PAPCG): uma estratégia para equipes de Saúde da Família

O PAPCG foi implantado com o objetivo de atender aos pacientes crônicos de alta complexidade com alto índice de reinternação hospitalar e garantir a continuidade da assistência no domicílio, envolver a família e melhorar a adesão ao tratamento.

A metodologia usada é o "Gerenciamento de Casos". A sequência de eventos no PAPCG é: 1) *Captação de casos para a equipe:* por referência do corpo clínico hospitalar, pelas equipes, por demanda espontânea e por busca ativa. 2) *Avaliação Inicial do Paciente:* através da visita domiciliar, são avaliados os critérios de elegibilidade e é realizado o cadastramento do paciente através de inquérito epidemiológico. O inquérito avalia: a Capacidade Funcional do paciente pelo Índice de Vida Diária , percepção de Qualidade de Vida através do Índice de Qualidade de Vida. São registrados históricos de internação, avaliação de ambiente domiciliar, incluindo avaliação sócioeconômica segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil, identificação dos cuidadores e levantamento de necessidades gerais do paciente. 3) *Atendimento:* implementase de várias ações: definição do gerente do caso; atendimento direto pela equipe; potencialização do tratamento, através de checagem, resignificação e administração de medicação além de aquisição de insumos se necessário; retorno de informações ao médico assistente; realização ou facilitação de curativos; facilitação de acesso aos serviços de saúde; treinamento dos cuidadores domiciliares; realização de oficinas com os cuidadores; estabelecimento de parceria com SUS se cabível.

Após 18 meses de atuação do PAPCG, houve redução de 88% da média de internações desta população, ou seja, a média de internações/ano passou de 2,7 para 0,3.

O PAPCG é plausível em saúde pública, com boa aceitação pelo cliente e pelo cuidador. A implantação do PAPCG do IPSEMG gerou tendência marcante de modificação do padrão de internação de pacientes crônicos graves. A implementação do plano terapêutico, em que o cuidado é uma das ações fundamentais para o êxito do PAPCG tem provocado mudança significativas no comportamento da família/cuidador, dos médicos assistentes e do paciente.

LOPES, ÂNGELA M.F.; MENDONÇA, VALDA M. F.; CHAVES, SANDRO R.; AMADO, ROBERTO; BITTENCOURT, ROBERTO J.; SÁ, VALÉRIA M.M.; RIMULO, ALCIONE L.M.; TEIXEIRA, BRENO C.; OLIVEIRA, ELIZABETH H.; SILVA, ÊNIO R.; BASSI, MARIA L.Z.; CHAVES, MÔNICA.

A definição das atribuições e competências para o PSF no município de São Paulo – a construção conjunta e o uso de tecnologias alternativas

Para assegurar os objetivos de qualidade nos processos organizativos da estruturação do Sistema Municipal de Saúde na capital de São Paulo, fezse necessário construir consensos em torno das responsabilidades e /ou competências e atribuições da Rede de Apoio a implantação do P S F , que se formam, desde o agente comunitário de saúde / equipes / coordenadores distritais / diretores das U B Ss, diretores dos Distritos de Saúde, interlocutores regionais, Instituições Parceiras e Coordenação Central do P S F. Tornavase necessário portanto, orientar as responsabilidades de cada instância dessa Rede.

Este trabalho apresenta a construção, desenvolvimento e avaliação da proposta de construção integrada e participativa desse conjunto de atribuições. Destaca também a metodologia de trabalho adotada na condução do processo, caracterizando novas formas de "fazer" o trabalho conjunto efetivamente acontecer.

O uso de vivências interativas foi uma variável facilitadora do processo, sensibilizando e mobilizando os atores sociais envolvidos.

Como resultados finais temos a construção dos compromissos e atribuições conjuntas e específicas, apresentadas através do Manual Técnico publicado pala Secretaria Municipal de Saúde: DOCUMENTO NORTEADOR – RESPONSABILIDADES DA REDE DE APOIO A IMPLANTAÇÃO DO P S F.

São também apresentados e discutidos subsídios importantes obtidos com o desenvolvimento do conjunto de atividades e, incorporados a continuidade da programação de trabalho da própria Rede de Apoio.

Laís Helena Ramos
Patrícia Pereira de Salve
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP

Coordenadoria de comunicação, informação e vigilância à saúde (CIVIS) – uma proposta de integração das modalidades de atenção domiciliar do PSF com as atividades de vigilância à saúde numa unidade básica de saúde

O PSF vem lançando novos desafios para os serviços de atenção primária, no sentido de uma reconfiguração de sua estrutura tecnológica mais "clássica". No presente trabalho, destacamos especificamente os desafios que têm sido trazidos pelas novas propostas de ação domiciliar e comunitária (atenção domiciliar, as diferentes atuações dos ACS etc.), levandose em conta as ações domiciliares e comunitárias que já eram desenvolvidas pelo serviço. Cumpre ressaltar que o serviço em questão conta com uma sólida tradição tecnológica na área da vigilância à saúde, que lança suas raízes na Vigilância Epidemiológica (VE) "clássica", ampliada nas últimas duas décadas por diversos desenvolvimentos tecnológicos (Ações Programáticas em Saúde, diferentes propostas de Vigilância à Saúde etc.) que, na prática, significaram uma ampliação das situações sob vigilância, sobretudo daquelas detectáveis no momento da assistência (DST, CA ginecológico etc.), bem como a ampliação do critério para solicitação de Visita Domiciliar, atividade originalmente ligada às propostas de VE "clássica" (cobertura de foco, TB faltoso na consulta etc.), que passou a ser estendida a outras situações de risco (gestante faltosa na consulta, controle dos exames alterados etc.).
Apresentamos, neste trabalho, como as novas propostas de atuação domiciliar do PSF vêm sendo incorporadas num serviço que já apresenta todo esse conjunto de ações domiciliares, até aqui relacionadas a uma racionalidade epidemiológica. A resposta vem se concretizando numa proposta de integração dos dois conjuntos de ações no domicílio, tomando como núcleo tecnológico básico o já existente sistema interno de vigilância de faltosos e exames alterados. O resultado vem se caracterizando como uma coordenação geral para todos os sistemas de informação no serviço, que envolvam ou não ações específicas de caráter domiciliar ou comunitário, além da difusão de informações. A nova área de atuação vem sendo denominada CIVIS (conforme o título) e, além de coordenar o sistema de vigilância à saúde e ações no domicílio e na comunidade, vem aglutinando outras ações de potencial impacto na qualidade do serviço e na saúde da comunidade, e de algum modo ligadas à gestão da informação e do conhecimento: organização de um guia de referência e contrareferência informatizado; integração do serviço à rede social do bairro; implantação de sistemas de gestão do conhecimento coletivo em saúde; prestação de serviços online.

Ricardo Rodrigues Teixeira
Liliam Saldanha Faria
Unicamp
Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa
Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

Desenvolvimento multiprofissional continuo via web para equipes de Saúde da Família

O IPSEMG instituiu, a partir de 1999, o programa ipsemgfamília para atender os servidores públicos de minas gerais e seus dependentes. foram constituídas equipes multiprofissionais, denominadas núcleo IPSEMG FAMÍLIA – NIF compostas por médicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. o foco do programa é a promoção e vigilância á saúde, o que requer uma capacitação diferenciada e contínua, além da apropriação de habilidades profissionais específicas ao novo contexto de atendimento. No entanto, a distribuição geográfica das equipes em todo o território do estado, dificulta e encarece o processo de desenvolvimento desses profissionais. Para fazer frente a esses desafios, o IPSEMG lançou seu sistema de DESENVOLVIMENTO MULTIPROFISSIONAL CONTÍINUO, via web DMC.

Objetivos – Desenvolver, por meio de cursos via web, as competências dos profissionais de saúde do programa IPSEMGFAMÍLIA.

Metodologia – Para implantação do DMC foi necessária a estruturação de um conjunto de ferramentas, softwares e metodologias. os procedimentos para o funcionamento do dmc foram padronizados em regulamentos.

Foram desenvolvidos os cursos saúde da mulher, saúde cardiovascular, promoção e qualidade de vida, gestão para obtenção de resultados, oficinas em dinâmica de grupo.

Para garantir o êxito dos cursos, foi montada uma estrutura funcional que inclui um trabalho integrado entre autores, tutores, alunos, equipe técnica e de suporte. Os cursos já foram realizados por vários profissionais dos NIF em diversas cidades de minas gerais. para avaliação dos resultados obtidos pelo DMC, estão sendo usadas diversas ferramentas como "pesquisa servqual", "grupos focais", pesquisas de linhas de base e de corte, exercícios, avaliações e comentários dos alunos ao longo dos cursos.

Conclusão – A experiência do IPSEMG no desenvolvimento profissional via web, em equipes de saúde, está sendo muito rica e servindo como referência para a realização de novos projetos de educação via web. A apresentação abordará a metodologia utilizada para desenvolver, realizar, avaliar os cursos, e, principalmente aspectos práticos quanto aos resultados obtidos.

Maria Cristina Gonçalves Torres
Rubem Myrrha
Instituto de previdência dos servidores
do Estado de Minas Gerais – IPSEMG

Avaliação do "Programa de Saúde da Família" (PSF) no Rio Grande do Sul (RS). A utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para assistência em hipertensão arterial sistêmica 2002

O RS tem 465 equipes de PSF distribuídas em 263 municípios, com cobertura de 13% da população total do Estado. Em 163 municípios a cobertura é de 100% da população. Foi avaliado o conhecimento das informações contidas no SIAB relacionadas à HAS, agravo que deve ser preocupação de qualquer equipe de saúde face a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Metodologia – Optouse por avaliar através de estudo transversal, os municípios com toda população coberta pelo PSF e as equipes que estivessem em atividade há pelo menos um ano. Nestes casos, o apoio aos serviços de Atenção Básica deve ser semelhante e podese alcançar melhor qualificação da atenção à saúde. A amostra ficou restrita a 68 municípios num total de 88 Equipes de Saúde da Família (ESF). Buscouse avaliar através da aplicação de questionário padronizado aos enfermeiros das ESF vinculados à equipe atual há mais de três meses e há mais de um ano no PSF, a utilização dos dados do SIAB relacionados a HAS, a saber: população adstrita, prevalência do agravo e internações hospitalares decorrentes de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Resultados – Em 100% das ESF avaliadas, os enfermeiros referiram conhecer a população geral da área de abrangência da equipe e os valores mencionados coincidiram com aqueles contidos no SIAB. *Para população maior de 20 anos*, 39% informaram conhecêla e em 50% destes os dados coincidem com os do SIAB; *prevalência HAS no município*, 69% a conheceriam e houve coincidência com o SIAB em 26%; *prevalência HAS na área*, 48% referiram conhecêla e destes, 38% referiram valores coincidentes com aqueles do SIAB; *internação por IAM*, 70% afirmaram conhecer e a coincidência com o SIAB esteve presente em 28%; *internação por AVC*, 69% informaram conhecer e destes, 24% referiram valores coincidentes com os do SIAB.

Conclusão – A utilização do SIAB, pelos enfermeiros das ESF avaliadas, para atenção básica à HAS é muito baixa considerandose a importância deste agravo e disponibilidade do sistema de informações, ferramenta indispensável para o planejamento de ações e de gestão em saúde.

CLÁUDIO A. BANDEIRA MEDINA
JOSÉ I LERMEN
TEREZINHA MARASKIN
CARMEN ESTIMA
SILVIA TAKEDA
Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS
Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS

Práticas de integração ensinoserviçocomunidade: uma experiência de educação médica em atenção básica em um currículo PBL

A formação graduada de profissionais de saúde vem sendo objeto de discussões atuais. Estratégias pedagógicas voltadas para a integração básicoclínico, inserção precoce do aluno em serviço, diversificação de cenários de aprendizagem e conteúdos curriculares orientados para a realidade de saúde estão sendo implementadas em escolas médicas do país. O curso de medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz foi implantado em 2001, adotando o modelo da Aprendizagem Baseada em Problemas–PBL, estando estruturado em módulos interdisciplinares. Um dos módulos do curso é denominado Práticas de Integração EnsinoServiçoComunidade–PIESC, que ocorre nas quatro primeiras séries, ao longo do ano.

Objetivo – Propõese descrever o PIESC enquanto cenário de aprendizagem na atenção básica no curso de medicina da UESC.

Metodologia – O PIESC é um módulo longitudinal, com carga horária de 135 horas anuais, em um turno por semana, desenvolvido em grupos de 10 alunos, dois instrutores, em parceria com a comunidade e os serviços de saúde em uma área de Programa de Saúde da FamíliaPSF. Utiliza a metodologia da problematização, na qual a observação de uma realidade constituise o fato motivador do processo de aprendizagem. Os momentos de desenvolvimento são: observação e diagnóstico da realidade, identificação de problemas de saúde, priorização de problema de saúde, teorização do problema priorizado, planejamento e intervenção sobre a realidade observada. Em todos os momentos a participação da comunidade é privilegiada, utilizandose o Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta. Na primeira série, o foco de trabalho é a comunidade, estando o aluno voltado para a realidade do coletivo. Na segunda série, o foco é a organização e gerenciamento de serviços e unidades básicas de saúde. Na terceira série, a inserção do aluno ocorre a partir de famílias acompanhadas, ocorrendo o início da prática de saberes, habilidades e competências exclusivas do profissional médico. Considerando o currículo em implantação, ainda não foi planejada a quarta série.

Conclusão – A inserção de graduandos da área de saúde, em particular estudantes de medicina, em serviços de atenção básica, com ênfase para o PSF, proporciona e colabora para a consolidação do SUS, a formação de profissionais éticos, humanos com competências e habilidades para trabalhar em e com grupos, responsáveis e comprometidos com a atenção individual e coletiva e para a revisão curricular.

Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro
Adriana Benjamim Leal
Ana Maria Dourado Lavinsky Fontes
Cristina Setenta Andrade
Evani Moreira Pedreira Santos
Marilene de Oliveira Araújo
Rosane Lopes Araújo Magalhães
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

Desenvolvimento de proposta de trabalho para a inserção da abordagem familiar no projeto Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, visando à universalização da atenção básica de saúde, através de um modelo que assegurasse às famílias o acesso aos cuidados primários de saúde e a melhoria da qualidade de vida. A Secretaria da Saúde do estado do Ceará (SESA), definiu o PSF como base estruturante de um novo modelo de saúde em 1994. Essa concepção de modelo em saúde difere do modelo biomédico que centra a abordagem do profissional de saúde na perspectiva do indivíduo isolado do seu contexto familiar e sóciocultural, visto a partir da doença. O PSF amplia o conceito de saúde e a abordagem é centrada no novo objeto de atenção que é a família. Com o novo objeto de atenção, sentese à necessidade de inserir a família nos cursos da Escola de Saúde Pública do Ceará (EspCe)

Objeto – Proposta de trabalho para discutir a inserção da Abordagem Familiar nos currículos dos cursos do Projeto Saúde da Família

Objetivos – Contribuir para a elaboração de objetivos de aprendizagens das unidades e módulos sobre a Abordagem Familiar dos cursos do Projeto Saúde da Família: Especialização em Saúde da Família e Residência Médica e de Enfermagem em Saúde da Família com a participação dos docentes da ESPCe e técnicos da SESA.

Metodologia – A metodologia utilizada foi História de Vida, Estudo Dirigido, Apresentação de Vídeo, Vivências e Discussões em Grupos para construção dos objetivos de aprendizagens dos cursos do Projeto Saúde da Família em torno da abordagem familiar.

Conclusões – A proposta favoreceu a construção de competências e habilidades que subsidiaram os objetivos de aprendizagem (objetivos gerais e específicos), o desenvolvimento/pessoal/habilidades, bem como a definição de métodos de ensinoaprendizagens (sessão tutorialPBL, método adotado na EspCe, Estudo Dirigido, Exposição Interativa, Oficinas Vivenciais e de Trabalho). Foi discutida ainda a necessidade dos profissionais de saúde do PSF desenvolverem o autoconhecimento para trabalhar com os valores das famílias e das comunidades.Também favoreceu e oportunizou a participação de todos na elaboração dos objetivos de aprendizagens, baseado nos conteúdos e conhecimentos prévios, resignificando e fundamentando a proposta já existente nos cursos e residências da EspCe subsidiando o processo de ensinoaprendizagem dos participantes dos cursos (médicos e enfermeiros do PSF) no Estado do Ceará.

Anair Holanda Cavalcante
Escola de Saúde Pública do Ceará

O perfil dos Agentes Comunitários de Saúde: a construção de um saber

Uma questão que polemizou a incorporação dos agentes comunitários no trabalho em saúde nas grandes cidades foi o temor de que a atividade destes profissionais pudesse duplicar inadequadamente o trabalho próprio aos profissionais de enfermagem.

Partindo da premissa de que o papel dos agentes deveria ser o de um elemento da comunidade fomentador de transformações nas práticas de saúde e não o de um executor de ações de enfermagem, foi realizada uma experiência no CSE buscando reconhecer o perfil e o papel destes agentes.

Material – Constituise um grupo formado pela autora (médica sanitarista com formação em saúde mental), uma enfermeira e doze agentes comunitários que se reuniu com freqüência semanal durante 6 meses.

Método – Manejo de grupo por técnica operativa, num movimento de aproximação com os problemas de saúde da comunidade alvo dos agentes, reconhecimento e posterior análise destes problemas. Propiciando a troca de saberes entre todos os participantes, a emergência do desconhecido e reconstrução do conhecimento. Os dados foram compilados pela autora como um relatório de campo

Resultados – Pontos importantes como a ambigüidade dos agentes (promotores e beneficiários das ações), seus preconceitos, a moralidade e a questão do sigilo foram trabalhados. Igualmente foram apresentadas e discutidas as fantasias idealizações e o desconhecimento, por parte da unidade de saúde acerca da comunidade.

Conclusão – O agente comunitário é o elemento que propicia na equipe de saúde a reconstrução de uma narrativa acerca das famílias e das comunidades levando a um conhecimento que viabiliza com maior eficiência as ações promotoras de saúde.

Dulce Maria Senna
Centro de Saúde Escola "Dr. Samuel Barnsley Pessoa"
Dpto de Medicina Preventiva FMUSP

Abordagem interdisciplinar no âmbito da família: relato de experiência

O presente trabalho tem como objeto de estudo o relato de experiência de uma equipe multiprofissional de residentes da Especialização em Medicina Social – ISC/UFBA, em 2002 atuante no serviço de saúde Complexo Comunitário Vida PlenaCCVP no Distrito Sanitário de Pau da LimaDSPL, Salvador/BA a cerca do uso de um Protocolo de Intervenção Familiar. Este protocolo consiste em um instrumento metodológico, em experimentação, inspirado no modelo assistencial cubano que visa possibilitar uma abordagem sistêmica da família, valorizando os aspecto biopsicossocial do indivíduo e sua família. Este instrumento é composto pela identificação do usuário, história psicossocial, condições de moradia e saneamento, familiograma com diagrama das relações familiares, história do adoecer, inventário dos dados da família e do indivíduo, objetivos a curto e médio prazo, ações propostas com definição dos responsáveis, início e término das ações, indicadores e periodicidade da avaliação bem como resultados alcançados. O trabalho se dá através da utilização in locus do instrumento por todos os membros da equipe. Tem como objetivo divulgar a experiência da sistematização do uso deste instrumento por uma equipe multiprofissional de residentes em algumas famílias de risco assistidas pelo serviço de saúde. Desta forma, esperase que a divulgação desta experiência possibilite a adoção deste protocolo por outros serviços de saúde, permitindo uma melhor compreensão do conceito da interdisciplinaridade a partir do seu exercício na prática em saúde.

Ana Carolina Lavigne
Carolina Pedroza de Carvalho
Laíse Rezende
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
Secretaria Estadual de Saúde da Bahia/BA

Educação popular e atenção primária à Saúde da Família

Educação Popular e Atenção Primária à Saúde da Família é um projeto de extensão desenvolvido há seis anos numa comunidade da periferia de João Pessoa PB, tendo como ferramenta de trabalho a Educação Popular vislumbrada por Paulo Freire, sob a ótica de Atenção Primária Integral à Saúde. Defende o conceito de integralidade, com a finalidade de formar um profissional mais socialmente compromissado. Estudantes de 11 cursos das ciências da saúde e sociais se organizam em duplas interdisciplinares e realizam visitas semanais as famílias da comunidade promovendo ações preventivas e mobilizadoras para o desenvolvimento de atuações em políticas de saúde. Através de atividades coletivas, da rádio comunitária, do curso pré vestibular, grupos de discussão de gestantes e de coluna, do acompanhamento psicológico, acompanhamento nutricional, acessoria jurídica, articulação com os serviços de saúde, participação direta na reunião da Associação de Moradores e da participação constante da comunidade como parte integrante e agente transformador das ações do projeto e capacitações. Este visa contribuir na formação acadêmica, aproximando o estudante a realidade social a qual se trabalha, compreendendo a dinâmica do processo saúdedoença e buscando formas de intervenção técnica respeitadoras de seus interesses e sua cultura de forma integrada à rede de serviços do SUS e aos movimentos sociais locais; pesquisar sobre os caminhos de intervenção educativa e sanitária. As visitas às famílias são de forma semanal e permanente. Criandose vínculos de compromisso do estudante para com a família, valorizando o seu discurso e sentindo uma condição de igualdade com elas, transcendendo a visão puramente técnica da visita, observando, o aspecto biopsicosocial. Semanalmente são realizadas reuniões com discussões sobre Atenção Primária à Saúde e casos vivenciados na comunidade, recebendo visitas de outros grupos e profissionais de saúde coletiva que colaboram nas temáticas referidas. Verificase, neste momento, um aprendizado com as diversas formas de saberes existentes com a população local; amadurecimento metodológico, de sensibilidade e de reflexão para se intervir de forma exata nas demandas inerentes à comunidade, através dos vários espaços de capacitação e discussão.

Alessandra Nunes de Melo
Janalyne de Carvalho Correia Moreira
Joedna Souza de Medeiros
Juciany Medeiros Araújo
Liana Mirela Souza Oliveira
Mário José de Araújo Neto
Renata Rolim de Sousa
Ricardo Sousa Soares
Roberto Mendes dos Santos
Vinícius Ximenes M. da Rocha
Waneska Martins Pereira
Eymard Mourão Vasconcelos
Wilton Padilha
Universidade Federal da Paraíba UFPB

O PSF e os indicadores da atenção básica (pacto 2002): uma primeira análise em municípios do Estado de Mato Grosso

O Sistema Único de Saúde homologado pela Constituição de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde introduziu elementos com potencial conducente a avanços no campo da saúde. Dentre estes, a mudança da lógica curativa sobre a preventiva, expressa também no princípio de atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais. O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1996 no País como uma estratégia política em saúde que visa a implementação do SUS segundo aquelas premissas. No Estado de Mato Grosso as primeiras equipes de PSF foram implantadas em 1997 e em 2001 a maioria dos municípios já tinha parte de sua população coberta pelo programa. O objetivo deste trabalho é analisar alguns dos indicadores de saúde propostos pelo Ministério da Saúde no Pacto da Atenção Básica (2002) em municípios de MT, com distintas coberturas do PSF. Foram estudados 16 municípios de distintos portes, nível sóciosanitários e coberturas do PSF, sobre os quais foram coletados, do DATASUS e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dados para a consolidação dos indicadores do Pacto 2002. A análise da evolução desses indicadores, de 1996 a 2001, pouco pôde informar sobre a repercussão do PSF na Atenção Básica. No entanto, muitos pontos para reflexão foram levantados, entre os quais se salientam: a) número reduzido de alguns eventos, em municípios pequenos, cuja variação casual dificulta a análise; b) eventos de curso arrastado, cujos indicadores somente devem refletir uma melhora, no médio e longo prazo; c) eventos cuja "piora" pode ser conseqüência de melhora do sistema responsável por eles; d) interferência da qualidade do preenchimento do instrumento de coleta do dado, quando a epidemiologia não é a lógica que orienta; e) dificuldade de acesso a dados para a construção de indicadores específicos. Salientase a importância da padronização de um conjunto de indicadores para o acompanhamento da Atenção Básica, e da pactuação de seus parâmetros, pelos municípios e estados. Ressaltase, no entanto, a necessidade de maior prazo para a avaliação da evolução desses indicadores e principalmente a necessidade de ajustes concomitantes à sua utilização, que os tornem mais fidedignos e úteis.

Andrea Jacusiel Miranda
João Henrique G. Scatena
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso;
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso

Implantação de proposição alternativa de cadastramento de famílias abrangidas pelo PSF

O PSF foi implantado no Município de São Paulo a partir de 2001, em contexto de questionamentos acerca do SIAB, entre estes, a insuficiência da FICHA A em termos da: individualização dos dados pessoais e da coleta de dados relevantes à situação de um grande centro urbano. Ainda, apontase a insuficiência dos relatórios gerenciais para instrumentalizar as ações na unidade. Como resposta a estas críticas, foi formulado um CADASTRO ampliado, contendo além dos dados da FICHA A, dados requisitados pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) e inclusão de novos agravos à saúde, situações de riscos à saúde e violência. Este CADASTRO busca ser uma "anamnese" da família, instrumento orientador do trabalho a ser realizado no domicílio e na unidade de saúde; permitie, ainda, a individualização dos dados pessoais colhidos pelo cadastro de modo a serem posteriormente relacionados a dados também individualizados de atendimento na unidade. É compatível com o atual sistema para a saúde da família (SIAB) bem como com o CNS.

Objetivos – Avaliar a viabilidade de sua implantação e a pertinência e relevância como instrumento gerencial; avaliar a qualidade dos dados para a formulação de diagnóstico de saúde da área de abrangência das ações.

Metodologia – O CADASTRO foi implantado em 4 equipes de PSF em 2 Centros de Saúde Escola na cidade de São Paulo, um deles localizado na região central da cidade e outro em região periférica. Foi elaborado software para entrada dos dados, crítica e exportação para o SIAB e CNS, além da vinculação com dados de atendimento na unidade. As principais variáveis analisadas foram as relativas aos agravos e condições de saúde referidos, idade, sexo, renda, escolaridade, número de pessoas no domicílio, habitação e tempo de moradia no bairro.

Resultados – Não existe correlação significativa entre as variáveis relativas às condições de vida e os agravos e condições de saúde referidos. Porém, os dados relativos às condições de vida mostraram a existência de subáreas mais homogêneas e geograficamente circunscritas.

Conclusões – 1) O CADASTRO é operacionalmente viável, embora o ritmo de sua aplicação seja mais lento que o da FICHA A; 2) os dados adicionais permitem diagnóstico de saúde mais preciso, bem como visualizar as subáreas mais vulneráveis; 3) o processo de cadastramento permite identificar famílias mais vulneráveis e instrumentalizar o trabalho da equipe; 4) o CADASTRO vinculado aos dados de atendimento facilita a emissão de relatórios gerenciais

SALA, A; SIMÕES O; LUPPI, C. G; NOVAES, H. M. D
Centro de Saúde Escola / FMUSP
Centro de Saúde Escola / FCMSCMSP
Departamento de Medicina. Preventiva / FMUSP

Cadastro ampliado em Saúde da Família como instrumento para diagnóstico de vida e saúde de população

Com a implantação do PSF no Município de São Paulo a partir de 2001, foi formulado experimentalmente um CADASTRO de famílias em 2 Centros de Saúde Escola, que amplia o conjunto de dados requisitados pela FICHA A, incluindo os dados requisitados pelo Cartão Nacional de Saúde, além de novos agravos à saúde, situações de riscos à saúde e violência. Este CADASTRO ampliado busca ser um instrumento orientador do trabalho na unidade de saúde, no domicílio e na atividade gerencial e de vigilância à saúde.

Objetivos – Explorar o CADASTRO como instrumento para diagnóstico de saúde de uma população abrangida pelo PSF; comparar os indicadores construídos a partir do CADASTRO com a impressão mais subjetiva dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca das suas microáreas.

Metodologia – O CADASTRO foi implantado em 2 equipes de PSF no Centros de Saúde Escola Samuel Pessoa da FMUSP (CSE), na cidade de São Paulo. Analisouse variáveis relativas a: agravos e condições de saúde referidos, idade, sexo, renda, escolaridade, número de pessoas no domicílio, habitação, cobertura de convênio de saúde e tempo de moradia no bairro. Foi construído um escore médio de situação de vida (EMSV) de cada microárea. Por fim, foi solicitado aos ACSs que hierarquizasses as 12 microáreas que compõem a área de atuação do CSE, segundo a dificuldade para realização de trabalho em saúde. Calculouse escore que sintetiza a opinião destes ACSs.

Resultados – Não existe correlação significativa entre o EMSV de cada microárea e a prevalência de agravos e situações de saúde referidas. Existe correlação significativa entre o EMSV de cada microárea e as variáveis de escolaridade entre 20 e 29 anos de idade, renda familiar per capita, número de pessoas por cômodo para dormir, percentagem de famílias cobertas por convênio de saúde, tempo de moradia no bairro e proporção de crianças menores de 12 anos, quando considerados em sua média por microárea. Foram identificadas 3 subáreas homogêneas com comportamento distinto dos indicadores. O EMSV possui correlação consistente com o escore de opinião dos ACSs.

Conclusões – O CADASTRO é capaz de identificar subáreas de população exposta a piores condições de vida, permitindo, assim, concentrar esforços nestes locais onde a iniqüidade expõe mais intensamente os indivíduos a agravos à saúde. Tratar a população de um bairro como homogênea em sua carência (material, cultural, social) pode acentuar as efetivas desigualdades existentes no plano da saúde e da vida.

Sala, A; Simões O; Luppi, C. G; Novaes, H. M. D
Centro de Saúde Escola / FMUSP
Centro de Saúde Escola / FCMSCMSP
Departamento de Medicina. Preventiva / FMUSP

Elementos tecnoassistenciais na análise da Atenção Básica à Saúde em grandes cidades no Brasil

O Programa de Saúde da Família, introduzido desde 1994 no âmbito do SUS, apresentou uma significativa expansão do número de Equipes de Saúde da Família com a transferência de recursos federais do Piso de Atenção Básica Fixo e Variável para os municípios a partir de 1998. Esta expansão ocorreu mais intensamente nos pequenos municípios (mais carentes de recursos sociais e sanitários) e em cidades de até 100.000 hab. Este processo decorreu, em parte, pela intenção de ampliar a cobertura em áreas desassistidas e de maior pobreza, e pela maior capacidade de indução dos incentivos financeiros federais para os municípios menores, permanecendo uma grande lacuna no desenvolvimento do PSF nas grandes cidades brasileiras.

Este trabalho objetivou reconhecer alguns dos elementos relevantes da gestão e gerência dos sistemas locais de saúde e dos modelos tecnoassistenciais de grandes cidades brasileiras e identificar onde a aplicação de investimentos financeiros poderia dinamizar a conversão dos modelos assistenciais tradicionais na direção da expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Em 2001, foi realizada uma análise exploratória, através de metodologia qualitativa, em 7 cidades brasileiras (com mais de 200.000 hab) onde o PSF ainda é inexistente na rede SUS e noutras onde o Programa convive com o modelo tradicional de atenção.

Verificouse a heterogeneidade dos padrões de investimentos em saúde na atenção básica; a fragilidade nos mecanismos gerenciais, de planejamento e regulação da atenção básica e do PSF;a estratégia comum de usar o PSF com o objetivo de inaugurar ou estender a cobertura de ações básicas de saúde.

Apesar do PSF ser considerado por gestores como um modelo melhor de atenção sanitária, o Programa sofre grandes resistências pois implicaria no aumento inicial de demandas médicas, em um gasto maior com o sistema, em dificuldades na captação de profissionais capacitados e na precariedade dos contratos de trabalho.

Concluiuse que os investimentos nos planos de conversão devem ser direcionados pelas condições de desenvolvimento da atenção básica e agrupadas a partir de três condições dinâmicas: a de Modelo Inaugural da Atenção Básica, Modelo de Reforço da Atenção Básica e de Modelo de Reestruturação do Sistema.

César Favoreto
Sulamis Daim
Rosângela Caetano
Instituto de Medicina SocialUERJ

Integração do Programa de Saúde da Família (PSF) à rede de serviços de saúde

A estratégia de Saúde da Família visa, segundo o MS, reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, embora mantenhase debate sobre suas características de seletividade e focalização. O presente trabalho apresenta resultados de avaliação do PSF realizada em dez grandes centros urbanos com abrangente trabalho de campo que incluiu: entrevistas com dirigentes setoriais, questionários preenchidos por integrantes das equipes e questionário aplicado em amostra de famílias usuárias.

Neste artigo avaliamse mudanças do modelo assistencial relativas à conformação de sistema integrado, analisando a constituição da USF como porta de entrada, a integração da USF a outros níveis de complexidade e a presença e uso de mecanismos de referência.

Um sistema de saúde integrado implica em hierarquização de serviços e existência de serviço de primeiro contato. Para funcionar como porta de entrada, a USF deve ser acessível, constituirse em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de partida do fluxo pela rede, na busca da melhor opção de cuidado para cada necessidade, sob coordenação do generalista.

O conjunto de critérios analisados evidencia que na maior parte dos municípios estudados as USF ainda não se tornaram a porta de entrada, carecendo de integração adequada aos outros níveis de assistência e inclusive com o restante rede básica. Foram identificadas diversas situações municipais: as USF substituíram todas as unidades básicas tradicionais, não ocorreu qualquer substituição ou os dois tipos de unidades convivem com ou sem superposição. Os resultados sugerem que há maior probabilidade da USF tornarse porta de entrada nas cidades em que houve substituição da rede básica tradicional. Nos municípios em que o PSF foi implantado como programa paralelo, a USF era o serviço de procura regular para apenas um terço das famílias e foi pouco procurado em episódio de doença ocorrido nos 30 dias anteriores à pesquisa. Quanto à constituição de uma rede integrada identificouse na maior parte dos municípios estudados a existência de alguma regulação para estabelecimento de referência e a estruturação, em alguns deles, de centrais de marcação de consultas, com definição de cotas de serviços. Contudo a presença destes mecanismos não foi suficiente para o funcionamento efetivo de um sistema de referência. A maioria dos profissionais das ESF não reconheceu a existência de sistema integrado reiterando como dificuldade a incipiente contrareferência.

Ligia Giovanella
Sarah Escorel
Maria Helena M. de Mendonça
Patty F. de Almeida
Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz

Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal–RN: inovações assistenciais?

O presente estudo está situado no campo das políticas de saúde, dirigido a uma análise da implementação de programas de saúde. Referindose especificamente à análise do Programa Saúde da Família (PSF), busca mapear suas possibilidades inovadoras de organização das práticas assistenciais, na realidade singular do município de Natal/RN, nos anos noventa. Numa perspectiva mais ampla, situase no contexto da política de saúde municipal, expressa na dinâmica entre atores, instituição e usuários, representando uma primeira iniciativa de avaliação do processo de implementação do PSF nesse município. O estudo compreendeu análise bibliográfica e de documentos oficiais, além da realização de entrevistas com atoreschave desse processo. Também foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, priorizandose a discussão de seus principais conceitos e marcos teóricos, bem como sua evolução histórica, a partir das idéias originais da medicina familiar e comunitária. A autora examina o processo de implementação do Programa em Natal (no período de 1997 a 2000), a partir de estudos de casos múltiplos, destacando: as concepções dos distintos atores; fases e estratégias adotadas; principais inovações assistenciais; limites à sua operacionalização; e as expectativas dos atores em relação aos rumos do PSF. Foram selecionadas para análise as experiências das unidades assistenciais localizadas nos bairros de Guarapes, Felipe Camarão e Cidade Nova, por serem as únicas pioneiras na implantação desse programa. Finaliza apresentando os principais resultados dos casos, comparandoos e desenvolvendo, a partir dos mesmos, um estudo da correlação entre processos de eficácia, desempenho, e impacto do PSF, seguido de proposições necessárias ao seu aperfeiçoamento. PalavrasChave: Saúde da Família; Modelo Assistencial; Políticas de Saúde.

NADJA DE SÁ PINTO DANTAS ROCHA
Pólo de Capacitação de Saúde
da Família do Rio Grande do Norte

O enfermeiro: prática profissional e construção da identidade

Este trabalho tem por objetivo estudar a identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF), programa implementado pelo Ministério da saúde em 1994, e está sendo desenvolvido nas equipes do PSF de dez municípios paraibanos. Para conhecer o processo de construção desta identidade elegemos as categorias vocação, ideal de serviço e autonomia, fundamentadas por teóricos da sociologia das Profissões. Para o desenvolvimento do trabalho partimos de algumas suposições: o PSF, ao propor uma integração dos profissionais nas equipes de saúde, permite ao enfermeiro o controle sobre seu objeto de trabalho, possibilitandolhe delinear com maior clareza, sua identidade profissional; a sua identidade tem uma melhor definição no PSF, uma vez que este propõe uma nova dinâmica nos serviços, permitindo um compartilhamento de saberes e decisões, conferindo assim, uma maior autonomia profissional n o processo de trabalho em saúde; O PSF dá ao enfermeiro um maior prestígio social e político no que diz respeito às decisões no processo de trabalho ao propor relações horizontais entre membros da equipe; a proposta de realizar um trabalho multidisciplinar e integralizado resulta numa direta na identidade profissional.

Maria de Fátima Santos de Araújo
Universidade Federal da ParaíbaUFPB

Elaboração de instrumentos para avaliação do processo de trabalho de equipes de Saúde da Família: um desafio metodológico

O Programa de Saúde da Família – PSF, lançado em 1994, atingiu, em 2002, uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de pessoas, através do trabalho desenvolvido por 16.463 equipes implantadas em todo o país (Brasil, 2002). Essa expansão singular tem propiciado estudos e reflexões sobre o processo de implantação do Programa em vários estados e municípios, bem como o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a capacitação e o processo de trabalho das equipes. Levando em conta a diversidade existente no desenvolvimento das práticas das equipes do Programa nas diversas regiões do país, colocase a necessidade de elaboração de propostas metodológicas e instrumentos de monitoramento e avaliação do trabalho das equipes, visando seu aperfeiçoamento tendo em vista o alcance da integralidade do cuidado. Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo de apresentar um conjunto de instrumentos de avaliação da prática da equipe de saúde da família, construídos por ocasião de um estudo de caso realizado em Vitória da ConquistaBa, em setembro de 2001. O referido conjunto inclui 6 questionários a serem aplicados, respetivamente aos diversos membros da equipe do Programa (ACS, auxiliar de enfermagem, auxiliar de odontologia, odontólogo, médico, enfermeiro) com a finalidade de analisar a natureza das práticas realizadas pela equipe em 5 grandes categorias: planejamento e gestão em saúde; promoção da saúde; proteção da saúde; assistência da saúde; reabilitação da saúde. Este conjunto de questionários, testados em uma equipe selecionada, pode se constituir em uma tecnologia multiuso que possibilite a avaliação e o monitoramento periódico das ações da rotina das equipes do PSF, como também servir de material didáticopedagógico a ser utilizado em processos de formação e educação continuada de trabalhadores de saúde. Com a apresentação do presente trabalho, esperase fomentar o debate sobre a tecnologia de elaboração de instrumentos avaliativos autoaplicáveis, bem como, discutir limites e possibilidades da investigação das práticas de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família.

Andrea da Paixão Silva
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Avaliação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) no Rio Grande do Sul (RS) quanto a infraestrutura para assistência à hipertensão arterial sistêmica

O Estado do RS tem 465 equipes de PSF distribuídas em 263 municípios, com cobertura de 13% da população total do Estado. Em 163 municípios a cobertura é de 100% da população. Foi avaliada a infra estrutura oferecida ao PSF para a assistência à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), agravo que deve ser preocupação de qualquer equipe de saúde pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Metodologia – Optouse por avaliar através de estudo transversal, os municípios com toda população coberta pelo PSF e as equipes que estivessem em atividade há pelo menos um ano, pois nestes casos, o apoio aos serviços de Atenção Básica deve ser semelhante e podese alcançar melhor qualificação da atenção à saúde. A amostra ficou restrita a 68 municípios num total de 88 Equipes de Saúde da Família (ESF). Buscouse avaliar as condições oferecidas pelo Gestor Municipal em relação à infra estrutura, a saber: existência de equipamentos em boas condições de uso, suficiência de medicamentos, acesso a exames laboratoriais e a disponibilidade de serviços de referência.

Resultados – Equipamentos: esfigmomanômetros, estetoscópios, balanças e fitas métricas foram referidos estarem presentes em mais de 90% das ESF; oftalmoscópio em 57,4% e manguitos para obesos em 23% das mesmas. Exames Complementares: 72% das ESF tem acesso a todos os exames avaliados (EQU, creatinina, potássio e colesterol séricos e glicemia de jejum) sendo que em 66% delas, em quantidades suficientes. Serviços de referência: 67% das ESF dispõem de acesso a serviços especializados para atenção à casos de HAS. Medicamentos: 80% das ESF avaliadas dispõem dos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam: Propanonol, Hidroclorotiazida e Captopril e em 56% delas havia também disponibilidade de Nifedipina.

Conclusão – A hipótese inicial de falta de infra–estrutura para detecção, acompanhamento e avaliação de hipertensos não se confirmou. A maioria das ESF dispõe de equipamentos em boas condições de uso, exames e medicamentos acessíveis e em quantidades suficientes, bem como disponibilidade de serviços de referência.

CLÁUDIO A. BANDEIRA MEDINA
JOSÉ LERMEN
TEREZINHA MARASKIN
CARMEN ESTIMA
SILVIA TAKEDA

Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do Programa Saúde da Família – um estudo de caso em um estado selecionado

O Programa Saúde da Família está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Considerado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente.

Iniciado em 1994 apresenta um crescimento expressivo, principalmente nos últimos dois anos quando atinge a cobertura de mais de 50 milhões de pessoas.

Visando analisar os componentes de estrutura e de processo na implantação das equipes de saúde da família, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde iniciou, em 2001, uma investigação denominada "Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família". A partir das informações geradas neste Monitoramento desenvolveuse o presente trabalho.

O modelo utilizado neste estudo é do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa em seu componente de estrutura e processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando um dos três componentes da análise de implantação, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. O procedimento escolhido é o estudo de caso único com níveis de análise imbricados, onde se considerou como unidade de análise as práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher nas equipes do PSF e o contexto de sua implantação em um estado previamente selecionado.

O estudo possibilitou classificar as equipes de acordo com o grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher. Verificouse que a maioria das equipes apresenta graus intermediários de implantação e um pequeno percentual encontrase nos extremos das classificações muito crítica ou adequada; fatores como porte populacional e condição de gestão do município parecem não exercer influência nesta classificação, já a cobertura do programa nos municípios apresenta associação com os graus de implantação e aponta para a preocupação de um processo de expansão dissociado de condições de estrutura e processo necessárias ao bom desempenho das equipes; a carga horária de trabalho dos profissionais das equipes apresenta associação com melhores graus de implantação.

Esta análise, no entanto, requer aprofundamento metodológico no sentido de ampliar a validade do conteúdo da medida dos graus de implantação e de utilizar análise multivariada na verificação da influência dos elementos de contexto na implantação da intervenção.

Heloiza Machado de Souza
Célia Pierantoni
Zulmira Hartz
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Fundação Oswaldo Cruz

Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no programa docenteassistencial de Florianópolis

O estudo tem por objetivo desenvolver uma avaliação estratégica e de implantação do Programa de Saúde da Família em uma área de integração ensino/serviços de saúde, o Programa DocenteAssistencial do município de Florianópolis, com a intenção de adequar a formação de profissionais de saúde às necessidades do SUS. Tomando por referência o contexto de implantação e as propostas nacionais do Programa de Saúde da Família, foram priorizadas, como forma de apreensão do objeto de investigação, as visões de gestores, profissionais e alunos, através de entrevistas desenvolvidas com metodologia qualitativa, a fim de conhecer as percepções dos atores dos programas em relação ao cenário de implantação e aos constituintes da nova proposta enquanto uma prática em construção.Com essa abordagem, procurouse dar um destaque especial ao potencial existente no exame dos atores sociais do sistema de saúde, através de seu reconhecimento como sujeitos essenciais capazes de realizar transformações e identificando a importância de sua participação para a implantação de um novo modelo assistencial.

Os resultados indicaram que a experiência do Programa DocenteAssistencial, constituído como objeto de trabalho de ensino e de práticas, fortemente sustentado na disposição pessoal (ideológica) dos profissionais, facilitou a incorporação do novo Programa de Saúde da Família. Ao ser implantado, promoveu processos interativos de práticas profissionais que foram percebidos como tecnologias fundamentais e como determinantes de mudanças nas identidades profissionais, e acrescentou determinação programática a estas práticas através de sua institucionalização, possibilitando uma maior influência sobre o ensino e sobre a forma organizacional de atenção à saúde. As práticas se estruturaram em um processo mais consistente, sistematizado, coletivo e com interações mais organizadas que a situação anterior, sintetizando aspectos da Atenção Primária de Saúde e da Saúde Comunitária. Para os gestores foi possível evoluir, de uma experiência local específica, para uma forma que é parte de uma proposta mais ampla, nacional. Dificuldades setoriais e do sistema de saúde, que não foram influenciados pelo programa, assim como a necessidade de uma política de recursos humanos que respalde e estimule os profissionais, foram identificados como fatores necessários à sustentabilidade continuada. O conhecimento produzido pela investigação poderá, em iniciativas semelhantes, propiciar uma maior compreensão do desenvolvimento de seus processos.

Maristela Chitto Sisson
Universidade Federal de Santa Catarina
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC

Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal

O recente processo de descentralização do Sistema Único de Saúde SUS tem sido bastante heterogêneo nas diversas regiões e estados brasileiros. A municipalização e o fortalecimento da atenção básica à saúde têm se configurado como estratégias importantes para a ampliação do acesso da população a ações e serviços de saúde. Nesse contexto, a implantação da política de atenção à saúde da mulher tem sido influenciada tanto pelo processo de municipalização quanto, principalmente, pelo processo de reorganização da Atenção Básica. Este trabalho tem como objetivo a sistematização de subsídios para a elaboração de um MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS GESTORES DO SUS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM MUNICÍPIOS, considerando os documentos que definem a política da saúde da mulher no Brasil e as novas definições de organização e estruturação da rede de assistência à saúde do SUS, publicadas em janeiro de 2001, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde. Realizouse, inicialmente, uma revisão bibliográfica e documental voltada à construção de um referencial teórico sobre saúde reprodutiva e a caracterização da política atual da saúde da mulher. Também foram coletadas e analisadas informações extraídas de documentos que especificam as funções políticogerenciais do gestor municipal e o perfil da oferta de ações e serviços de saúde relacionados à atenção saúde da mulher. Foram encontradas oito áreas temáticas relacionadas à saúde reprodutiva e as únicas citadas em todos os documentos foram a assistência obstétrica e a prevenção do câncer de colo uterino. Em relação às ações de saúde, observouse uma preponderância das ações assistenciais em relação às de prevenção e de promoção da saúde. Outro ponto importante para o processo de gestão da atenção à saúde da mulher no âmbito municipal é a incorporação da problemática da saúde da mulher no plano municipal de saúde e essa dissertação contempla uma proposta para a programação, execução e avaliação de ações específicas, através de um enfoque estratégico situacional. Para o aperfeiçoamento dessa proposta propõese o teste em alguns municípios de tamanhos e regiões diferentes.

MARTA ROBERTA SANTANA COELHO
Ministério da Saúde

As inovações na gestão de recursos humanos no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

O trabalho resulta da pesquisa "Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos: estudo de dez casos", realizada entre 2001 e 2002, em Aracaju (SE), Brasília (DF), Camaragibe (PE), Campinas (SP), Goiânia (GO), Manaus (AM), Palmas (TO), São Gonçalo (RJ), Vitória (ES), Vitória da Conquista (BA), na qual analisaramse fatores facilitadores e dificultadores do processo de implementação do programa em suas diversas dimensões. Neste artigo destacase aquela relacionada à reorganização do trabalho profissional em saúde necessária ao desenvolvimento do PSF, buscando perceber processos inovadores na gestão dos recursos humanos em saúde. Vários foram os aspectos analisados, tais como a composição e perfil das equipes de Saúde da Família (ESF), modalidades de seleção e contratação de pessoal para o programa, condições de trabalho e remuneração, rotatividade das equipes e estabelecimento de vínculos com a população, e processos de capacitação dos profissionais. As informações foram obtidas através de entrevistas com gestores da SMS, da SES e instituições contratantes assim como de questionários respondidos por profissionais do PSF.

Verificase uma grande diversidade de situações relacionadas à organização do processo de trabalho das ESF, seja em termos do perfil dos profissionais, mecanismos de contratação, modalidades de seleção e processos de capacitação, com impacto diverso na configuração do programa, na rotatividade dos profissionais, na integralidade, na resolutividade e qualidade das ações e, na formação de vínculos com a comunidade. Em linhas gerais, o perfil da equipe revela a perspectiva de criar renda e emprego no setor para grupos menos favorecidos, especialmente jovens e mulheres, mesmo que a partir de relação por vezes informal e com vínculos precários, comprometendo a continuidade da política. A remuneração diferencial dos profissionais mais capacitados constituiu forte atrativo ao PSF, embora nem sempre garantisse a fixação do profissional. Um aspecto vulnerável na organização do trabalho de equipe referese à capacitação dos profissionais, renovando as críticas ao aparelho formador em adequarse às mudanças assistenciais pretendidas e indicando a insuficiência dos pólos estaduais para atender as demandas de educação continuada dos diversos profissionais, de forma a respaldar o fortalecimento da nova divisão de trabalho e a interação dos diversos agentes em torno dos cuidados e da promoção da saúde.

Maria Helena M. de Mendonça
Mônica Senna
Valéria Castro Gomes
Sarah Escorel
Ligia Giovanella
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz
UFF e Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Fundação Municipal de Saúde de Niterói e Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz

A implementação do PSF em grandes centros urbanos

A implementação do PSF no Brasil teve dois períodos bem definidos: de 1994 a 1998: um caracterizado pelo desenvolvimento focalizado em pequenos e médios municípios das regiões nordeste e sudeste, com piores indicadores sociais; outro, com forte expansão dos níveis de cobertura e introdução do programa nas regiões centrooeste, sudeste e sul, em municípios grandes e capitais com melhores indicadores sociais. Explicam a fase de expansão as mudanças e o aumento na remuneração das equipes de saúde da família, bem como o fortalecimento institucional do programa. Cabe avaliar os processos e os impactos da implantação do PSF nessa segunda fase em um universo particular: os 224 municípios brasileiros com população igual ou maior de 100 mil habitantes.

Objeto – Avaliação da implementação do PSF nos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes.

Objetivos – (1) Avaliar comparativamente o processo de implantação do PSF nos grandes municípios brasileiros e seu desempenho na atenção básica; (2) Subsidiar a construção de uma proposta de monitoramento da implantação do PSF nestes municípios, considerandose as particularidades dos modelos de atenção básica e do PSF desenvolvidos; (3) Conhecer o modo de funcionamento do sistemas municipais de saúde e o papel do PSF na re(organização) da atenção básica; (4) Sistematizar os fatores institucionais que condicionam positiva ou negativamente a (re)organização da AB.

Metodologia – Considerase que a implantação do PSF e o desempenho na atenção básica são resultado da combinação das variações nas características estruturais dos municípios e nas características dos sistemas de saúde implantados. Como variáveis independentes, foram utilizados 159 indicadores referentes às condições da oferta assistencial nos municípios (capacidade instalada, produção, cobertura, financiamento e gasto) obtidos para 2000 e 2001. A partir do tratamento estatístico destes indicadores (análise multivariada fatorial e *cluster analysis*) foram gerados grupos homogêneos de municípios de modo a permitir avaliar o grau de interferência dessas características na *performance* e nos resultados da implantação do PSF e dos modelos de AB desenvolvidos. O processo de implantação do PSF e os modelos de atenção básica adotados foram avaliados através da confecção de um questionário autoaplicável para o universo dos municípios estudados.

Conclusões – A implantação do PSF ainda é um processo em curso e de impactos pouco avaliados.

ANA LUIZA D´ÁVILA VIANA
CÉLIA PIERANTONI
LUIZA S. HEIMANN
LUCIANA DIAS DE LIMA
REGINA BONFIM
ROBERTA GONDIM DE OLIVEIRA
SERGIO DA HORA RODRIGUES
MARIA ANGÉLICA GUERCIO
GABRIELA VIANA MOREIRA
Departamento de Medicina Preventiva da USP
Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde
do Instituto da Saúde da SES/SP
DAPS/ENSP/FIOCRUZ
NEPP/UNICAMP
IMS/UERJ
NEPP/Unicamp

Estratégias de implementação do PSF em grandes centros urbanos

Neste trabalho discutemse estratégias e modalidades de implementação do Saúde da Família em grandes centros urbanos a partir de resultados de pesquisa de avaliação do PSF em dez cidades. As fontes de informação incluíram, entrevistas com gestores, questionários autopreenchidos por profissionais das equipes e instrumentos para entrevistar famílias adscritas. Visando a identificação e análise das estratégias de implementação do PSF foram investigados: a participação de atoreschave, os motivos enunciados pelos gestores e a concepção dos modelos implementados, o ritmo do processo de implantação, o formato de gestão, a cobertura populacional, a capacidade instalada e tipos de unidades do PSF.

No processo adotado para implantação observaramse modelos polares quanto ao ritmo: 'rápido' – implantação de um grande número de ESF visando obter o máximo de cobertura no menor prazo possível; e 'gradual' – implantação progressiva com avaliação dos resultados obtidos em projeto piloto. Nos processos rápidos afloraram maiores resistências com potencialidade para desestruturar a atenção básica preexistente sem substituição adequada.

Quanto à concepção dos modelos de Saúde da Família implementados observaramse situações polares: como estratégia que visa mudar o modelo assistencial substituindo as unidades básicas tradicionais ou como programa constituído de modo paralelo à estrutura de atenção preexistente. Nas concepções de estratégia a substituição das unidades preexistentes foi total ou parcial e em alguns casos foram criadas novas unidades de saúde de Saúde da Família, expandindo cobertura em áreas sem assistência, convivendo com rede básica tradicional sem superposição.

A concepção do modelo esteve, em parte, relacionada com a modalidade de gerência do PSF, observandose coordenações específicas nos casos de Manaus, Brasília, S. Gonçalo e Goiânia em que foi implementado como programa, e em Camaragibe, Aracaju e Campinas a constituição de coordenação única, integrada à atenção básica, sugerindo processo de substituição mais abrangente.

As ESF foram instaladas em diversos tipos de unidades de saúde: minipostos em imóveis alugados ou cedidos, unidades básicas convertidas, unidades novas especialmente construídas, ou em unidades de saúde tradicional como inquilinas. Nos casos de minipostos de saúde em imóveis alugados evidenciouse potencial menor sustentabilidade do PSF e insuficiência de espaço para realização de atividades.

Sarah Escorel
Ligia Giovanella
Maria Helena M. de Mendonça
Nupes/Daps/ensp/Fiocruz

A implementação do Programa Saúde da Família no cenário local: alguns elementos para análise

Ao longo dos anos 90, no contexto de reforma do Estado, descentralização políticoadministrativa e consolidação do SUS, foi implementada em todo país uma série de medidas voltadas à garantia de fontes estáveis de financiamento para o setor saúde, melhoria da qualidade da atenção prestada, universalização do acesso e fortalecimento da gestão pública. No bojo deste processo, o Programa Saúde da Família (PSF) surge com a perspectiva de reorientação do modelo assistencial, visando a garantia de maior resolubilidade dos serviços, incentivo ao controle social e estreitamento dos vínculos entre famílias e equipe de saúde. No entanto, as intensas desigualdades regionais e as profundas diferenças nos processos de descentralização nos estados e municípios forjaram um cenário heterogêneo e complexo, traduzido, em última análise, numa diversidade de experiências de implementação do programa. Sob esta perspectiva, o estudo consistente dos limites e avanços do PSF tem exigido a compreensão dos diversos circuitos que conformam o cenário local em termos de seus contornos epidemiológicos, políticos, institucionais e participativos locais – e que influenciam o desenho organizacional assumido pelo programa. Este trabalho busca discutir a implementação do PSF nos municípios de Camaragibe, Aracaju , São Gonçalo e Distrito Federal, de forma a identificar as possíveis interfaces entre a conformação do programa e as diferentes estruturas de incentivo, resolubilidade do sistema local de saúde, experiências de participação social e mecanismos de accountability constituídos. Foram utilizadas informações produzidas no âmbito da pesquisa "Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos – 10 estudos de caso", coordenada pela professora Sarah Escorel (ENSP/FIOCRUZ) a partir da realização de entrevistas com os gestores das Secretarias Municipais de Saúde e representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e, também, da aplicação de questionários entre profissionais do programa, famílias usuárias e consultas aos bancos de dados do IBGE e DATASUS. O estudo demonstrou que aspectos relacionados à constituição do sistema local de saúde em termos da oferta quantitativa e qualitativa dos serviços, capacitação técnicogerencial no âmbito das SMS, investimento nos outros níveis de atenção e a tradição política local são variáveis cruciais para a compreensão da diversidade de experiências de implementação do PSF.

Rosana Magalhães
Mônica Senna
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Universidade Federal Fluminense

Avaliação do processo de implementação do Programa Saúde da Família em municípios de Mato Grosso: opiniões dos médicos e enfermeiros do programa

Este trabalho enfoca a opinião dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família sobre a implementação do PSF em municípios de Mato Grosso. A relevância do estudo associase a forte expansão das equipes do programa nos últimos dois anos. Além de ter sido estimulado pelo Ministério da Saúde, esta expansão ancorouse na prioridade que lhe foi conferida pela Secretária de Estado da Saúde. O PSF propõe um conjunto de inovações, dentre elas na forma de trabalhar das equipes, requerendo dos profissionais novos papéis e atribuições. O estudo caracterizase como pesquisa de avaliação de processo, procurandose identificar as opiniões dos profissionais e julgamentos sobre o próprio programa, com base nas características do seu funcionamento e das atividades realizadas frente àquelas previstas. Foram encaminhados formulários auto aplicáveis para um total de 564 profissionais das 284 equipes do PSF existentes no Estado em 2002. 52,7% deles responderam à pesquisa. Entre os respondentes 51,0% são enfermeiros e 47,8% médicos, estando 90,5% vinculados às prefeituras. O contrato temporário de prestação de serviços abrangeu 65,2% dos profissionais. 38,5 % recebem outros benefícios das prefeituras. Quanto às inovações no sistema de atenção à saúde foram destacadas as afirmações por 75,1% e 70,8% dos profissionais de que o PSF é capaz de mudar o modelo de atenção do município e que pode favorecer a cidadania e a participação social. Sobre os objetivos e resultados do funcionamento do programa, houve posicionamento positivo de 91,7% dos respondentes, quanto ao reforço do vínculo entre os profissionais e as famílias. Destacase a "concordância total" de aproximadamente 80% dos informantes, referindose à atuação do programa em relação à promoção da saúde, à redução das taxas de internação e da atuação do PSF como porta de entrada do sistema local. A cobertura proporcionada pelas ações do programa em relação aos grupos populacionais foi considerada "alta" para as gestantes (81%); crianças (75%); idosos (72%); Concluise que o programa tem potencial de induzir mudanças no processo de trabalho dos profissionais e de modificar o modelo de atenção.

Maria Angélica dos Santos Spinelli
Ana Maria Canesqui
DMPSUNICAMP
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso

Qualidade de vida em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo

A qualidade de vida das populações vem sendo trabalhada e estudada como condição para assegurar um bom padrão de saúde das pessoas. Vários estudos têm sido feitos junto a população de pacientes. Nessa comunicação, parte de um estudo que analisa o impacto de implantação do Programa da Saúde da Família(PSF) pretendese avaliar a qualidade de vida das populações atendidas pelo PSF no Município de São Paulo.

Material e Métodos – Para aferir a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde utilizouse o Questionário "*The ShortForm36 Health Survey*" (SF36) que possui 8 dimensões cuja pontuação de cada varia de 0 a 100. O SF36 foi aplicado em pessoas com 50 anos e mais. Para testar diferenças entre médias utilizouse o teste ajustado de Wald.

Resultados – Examinouse os 8 domínios do SF36 em cada área. A comparação mostrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre os valores de Qualidade de Vida dos entrevistados nas duas áreas (coberta e não coberta pelo PSF). A análise para o conjunto de pessoas estudadas mostrou os seguintes valores para cada domínio: *Capacidade Funcional* 73,4; *Saúde Física* 73,4; *Dor* 71,5; *Estado Geral da Saúde* 73,0; *Vitalidade* 65,8; *Aspectos Sociais* 83,0; *Aspectos Emocionais* 81,0; *Saúde Mental* 71,4. A comparação com dados internacionais, a partir de estudo realizado na Inglaterra, com pessoas vinculadas ao "*Family Health Services*" e no subgrupo de 55 a 64 anos. Mostrou que: as médias na população inglesa são superiores às nossas, em seis das oito dimensões; as maiores diferenças verificase nas dimensões de natureza física; a dimensão vitalidade é que apresenta o menor valor, tanto na nossa amostra como no estudo inglês. Essa tendência é comum à grande maioria dos estudos com SF36 .

Conclusão – Não se observou diferença na Qualidade de Vida, aferida pelo instrumento SF36, entre os entrevistados das áreas com PSF e sem PSF. Esse resultado pode estar refletindo a recente implantação do Programa, sabendo que esperados impactos demandam um tempo maior de observação. A comparação com dados internacionais podem estar a evidenciar diferenças atribuídas às condições econômicas e sociais no nível da Qualidade de Vida.

JULIO LITVOC
H. MARIA DUTILH NOVAES
CHESTER L. G. CÉSAR
MOISÉS GOLDBAUM
Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP
Departamento de Epidemiologia da FSPUSP

Avaliação do Programa Saúde da Família em oito grandes centros urbanos: o ponto de vista das famílias

A avaliação das famílias em oito grandes centros urbanos foi realizada com 100 famílias de Vitória da Conquista (BA) e Goiânia (GO) e 240 famílias nos demais seis municípios. O universo da pesquisa, escolhido com a coordenação do PSF, foi integrado por ESF bem sucedidas e com dificuldades. Em cada ESF foram selecionadas microáreas por meio de processo aleatório simples e sorteadas as famílias a partir dos cadastros dos ACS. No mês anterior à pesquisa, metade das famílias recebeu atendimento da ESF, realizado por ACS em cinco dos municípios e por médicos em Goiânia, Vitória da Conquista e Aracaju. Os enfermeiros das ESF realizaram, no máximo, 15% dos atendimentos, superados pelos atendimento dos auxiliares de enfermagem em todas as cidades. A maioria das pessoas atendidas: conhecia o profissional (83%); considerou que foi atencioso (97%); que forneceu informações (74%); e, que tinha conhecimentos para resolver o problema de saúde (60%). As famílias informaram conhecer o ACS responsável por sua área de moradia (96%) e já ter recebido sua visita (93%); consideraram ótima ou boa a visita domiciliar do ACS (81%), que este conhecia os problemas de saúde de sua família (75%) e da comunidade (73%), estabelecia bom relacionamento (86%) e fornecia orientações a respeito de cuidados de saúde (83%). As famílias relataram poucos problemas no atendimento, a maior parte relacionada com os médicos. Mais de 50% das famílias informaram a existência de portadores de doenças crônicas, exceto em Palmas. Entre 30% e 67% destes portadores não recebiam qualquer acompanhamento de saúde. Em média, existiam hipertensos em 30% dos domicílios (exceto Palmas 15%). Entre 12% e 20% dos hipertensos não eram acompanhados, mas a maior parte dos hipertensos sob tratamento era acompanhado pelas ESF. Em 4% dos domicílios existiam gestantes e a grande maioria realizava prénatal. Cerca de 20% das famílias tinham crianças com até 2 anos de idade; entre 16% e 33% das quais informaram que as crianças não eram acompanhadas. As famílias consideraram que com a implantação do PSF melhoraram as condições de saúde do bairro, de sua família e o atendimento em caso de doença. Mais de 65% das famílias pesquisadas estavam satisfeitas com o PSF. O fator negativo mais assinalado foi o acesso ao atendimento. Embora a maioria das famílias afirmasse estar satisfeita com o PSF, entre 50% e 76% propôs modificações no programa, principalmente relacionadas com os profissionais das ESF e o acesso ao atendimento.

SARAH ESCOREL
LÍGIA GIOVANELLA
MARIA HELENA MENDONÇA
MÔNICA DELGADO
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Programa de Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas

O Programa de Saúde da Família é apontado pelo Ministério da Saúde como eixo de reorientação da atenção básica no Brasil, devendo contribuir para a implementação de um novo modelo assistencial no país norteado pelo paradigma da promoção da saúde. Deste modo, esperase racionalizar a atenção médicoambulatorial e hospitalar de acordo com o perfil das necessidades e demandas da população. Na prática, entretanto, constatase que as experiências municipais de implantação e implementação do PSF são diversificadas. Em um cenário mais restrito, o PSF configurase nos moldes de um programa típico de saúde, com uma oferta de atenção simplificada. Numa perspectiva intermediária, o programa consiste em uma estratégia de reorganização da atenção básica. Finalmente, em um cenário mais avançado, a implantação do PSF produz uma ruptura do modelo de atenção local. O presente trabalho visa analisar condições que favorecem ou restringem a implantação do PSF e condicionam os cenários descritos. As reflexões apresentadas baseiamse, principalmente, nos dados de um estudo qualitativo de avaliação de implantação do PSF na Bahia (20012002), que considerou a percepção de diferentes atores sociais (gestores, técnicos, membros das equipes, etc.) das instâncias estadual e municipal. Constatase que, de modo geral, na implantação do PSF nos municípios baianos predominam os cenários intermediários ou restritivos. Dentre os desafios encontrados no processo de implantação do programa no estado, destacamse: incertezas quanto à sustentação política da proposta que garanta apoio financeiro e tecnológico nas três instâncias gestoras; insipiência do sistema municipal de saúde, dificultando a retaguarda assistencial; o paralelismo entre o PSF e a atenção básica tradicional; acumulação tecnológica limitada; baixa cobertura do programa na maioria dos municípios, gerando insatisfação nas áreas descobertas, além de dificultar o reconhecimento da Unidade de Saúde da Família como porta de entrada do sistema; alta rotatividade dos profissionais em decorrência tanto da não identificação com as diretrizes/normas da proposta, como de insatisfação com as condições de trabalho; deficiências no processo de capacitação: educação descontínua; infraestrutura deficitária.

LENY TRAD
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Proab – um instrumento de programação para equipes da Atenção Básica

A programação das ações da atenção básica em nível das equipes de saúde, tem sido um desafio para os gestores municipais. A busca da instrumentalização desse processo em nível nacional, respeitando as particularidades locais de cada município e cada equipe de saúde, levou a construção de um instrumento de programação para as equipes da atenção básica, denominado ProAB, no segundo semestre de 2002. Tratase de um software disponibilizado em CD contendo, inclusive, os códigos fontes. Tal instrumento foi sendo construído concomitantemente ao mestrado profissionalizante realizado por técnicos do Ministério da saúde em parceria com o ISC/UFBA, quando estava sendo realizada uma analise crítica do instrumento de programação da atenção básica, componente do sistema de programação pactuada e integrada – SIS/PPI 2002. O objetivo do presente estudo é descrever o instrumento, e apontar possibilidades de utilização mesmo em equipes de atenção básica do programa de saúde da família e unidades de saúde tradicionais da rede SUS dos municípios. A metodologia contempla a coleta, processamento e análise das informações do processo de construção do ProAB, ocorrido no segundo semestre de 2002 e primeiro trimestre de 2003. Os resultados apontam a possibilidade de disponibilização do ProAB aos gestores municipais, conselhos municipais e equipes de atenção básica, como um instrumento operacional de pactuação de compromissos e dimensionamento das ações das equipes em nível local. Discutirseá as potencialidades e limitações do ProAB para apoiar a programação e o compromisso das equipes de saúde na realização das ações acordadas com o gestor e os conselhos locais e municipais de saúde, concluindose com sugestões e recomendações a respeito do aperfeiçoamento contínuo do instrumento e do processo de programação da atenção básica.

Luís Fernando Rolim Sampaio
Claunara Schilling Mendonça
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

La producción sobre
Salud de la Familia

Trabajos presentados en el
VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva
ABRASCO 2003

La producción sobre Salud de la Familia

El Ministerio de Salud, por medio de la Secretaría de Atención a la Salud (SAS) y en sociedad con la Asociación Brasileña de Post Graduación en Salud Colectiva (Abrasco) y la Organización Panamericana de la Salud (Opas), presenta la producción técnicocientífica sobre los desafíos y las conquistas en la implementación de la estrategia de salud de la familia. El material se compiló de las presentaciones del VII Congreso de Salud Colectiva, realizado en agosto de 2003, en Brasília.

Entre los trabajos presentados durante el evento, cerca de 500 trataron de la temática del Programa Salud de la Familia (PSF), en la forma de estudios y de relatos de experiencias. Este material ciertamente ofrecerá subsidios importantes para lograr acciones y reflexiones de los actores sociales comprometidos con la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS).

Esta publicación se refiere a los resúmenes de los 60 trabajos organizados en sesiones orales y evaluados por la comisión científica del Congreso. Se optó por una clasificación temática diferente de la adoptada por los autores. En esta nueva organización, se privilegia una lógica más próxima de los ejes que constituyen los grandes desafíos para la consolidación de la estrategia de Salud de la Familia – un elemento fundamental para estructurar la organización de la atención básica en Brasil.

Los trabajos presentes en esta recopilación tratan de las prácticas; de la organización de servicios y modelos de atención; de la formación, capacitación y educación permanente de los profesionales; y de la gestión de los procesos de trabajo en Salud de la Familia. La publicación contiene, también, estudios de evaluación de tecnologías aplicadas al funcionamiento y a la calificación de la Salud de la Familia.

Las producciones presentadas reflejan las ventajas de la estrategia y su potencial de promover la integración de la atención a la salud en las regiones del país. La Secretaría de Atención a la Salud espera que estos trabajos amplien la capacidad de actuación en red de los profesionales de salud involucrados, directa o indirectamente, en la estrategia de Salud de la Familia en Brasil.

Humberto Costa

Ministro de Salud

Salud de la Familia: un estudio de los discursos de las personas atendidas en centros de salud

Este trabajo es un estudio sobre representaciones asociadas a la categoría salud de la familia, a partir de los discursos de personas atendidas en los centros de salud del municipio de São Pedro de Alcântara y del Barrio Sapé, en Florianópolis. Los gestores de estos municipios adoptaron la "estrategia del Programa de Salud de la Familia" para ejecución de los servicios prestados en la atención a la salud de la población.

La categoría salud de la familia, ha sido escogida por los órganos gubernamentales para definir las políticas públicas que posibiliten la ejecución de las acciones previstas para el sector salud. Por otro lado, este trabajo también es fruto de mi constante inquietud en conocer como los usuarios de los centros de salud, definen enfermedad, y como definen lo que es familia a través de su propia perspectiva, y como clasifican la acción del Programa de Salud de la Familia. Bajo este aspecto, procuré conocer las concepciones sobre salud, familia y dolencia de mis entrevistados, procurando relativizar mi experiencia como profesional del sector salud, adoptando una nueva postura como investigadora. Para realizar esta pesquisa fue esencial distanciarme del conocimento previo que poseía como funcionaria de la Coordinación Estatal del Programa de Salud de la Familia de Santa Catarina, en una perspectiva de extrañar lo que me es familiar. En este sentido, en DaMatta encontré lo que me hizo comprender que, para: "...que lo familiar pueda ser percibido antropológicamente, tiene que ser, de algún modo, transformado en exótico..." (1993:162)

Pesquisar sobre concepciones asociadas a familia, salud y enfermedad podrá parecer óbvio para muchos, sin embargo, Oliveira nos llama la atención hacia el hecho de que lo que pueda parecer óbvio en conocer percepciones y definiciones y definiciones sobre salud y enfermedad, será diferente si percibirmos que estas características son propias de acuerdo con el contexto cultural de los diferentes grupos de la sociedad. Por lo tanto, la premisa para pesquisar estas concepciones sería la importancia de conocer de forma más amplia el contexto cultural de donde emerge el discurso de los informantes. En este sentido, entiendo como, Langdon, que la cultura comprende valores, símbolos, reglas de vida y costumbres, es por lo tanto un concepto central para la antropología y debe ser un concepto primordial para cualquier persona que trabaja con salud delante de diferentes grupos, clases sociales y regiones geográficas. Por lo tanto, un análisis de que la cultura es necesaria, para que comprendamos los contenidos y los desdoblamientos de los discursos de los usuarios del Programa de salud de la Familia, para antropología, y debe ser un concepto primordial para cualquier persona que trabaja con salud de diferentes grupos, clases sociales y regiones geográficas. Por lo tanto, un análisis de lo que es cultura, es necesaria, para que comprendamos los contenidos de los desdoblamientos de los discursos de los usuarios del Programa de Salud de la Familia.

TÂNIA MARIA SULSZBACH MULLER
Secretaría Estatal de Salud de Santa Catarina

El Proceso de Trabajo Colectivo en el contexto del Programa de Salud de la Familia: integración y fragmentación de objetos y prácticas

El operar en salud envuelve sujetos y objetos, finalidad y productos, formas de organización del trabajo e instrumentos de trabajo que corresponden, a su vez, no sólo a los equipos y materiales necesarios, sino, sobre todo, a las relaciones técnicas y sociales en constante interrelación. Es en el desarrollo de la actividad que la relación entre sujeto y objeto asume un significado real. A través de la acción, y en un sólo tiempo, "ambos se constituyen mútuamente en un mismo movimiento" (MendesGonçalves, 1992:28). En el contexto del Programa de Salud de la Familia – PSF, la multiprofesionalidad abre posibilidades de nuevas relaciones entre profesionales y trabajadores de la salud, pudiendo ser entendida no sólo como una propuesta de jerarquización de funciones y actividades según el eje intelectual – manual del proceso de trabajo, pero como una posibilidad de incorporación de nuevos saberes y tecnologías, en una perspectiva "horizontalizada" que no implique en una jerarquización de poder y si en una coparticipación de poderes y responsabilidades entre los diversos miembros del equipo. En este sentido, el presente estudio analisa el proceso de trabajo de los equipos del Programa de Salud de la Familia a partir de una observación en profundidad sobre la rutina de un equipo de salud de la familia de los municípios de Vitória da Conquista – Ba. La metodología utilizada contempló la aplicación de cuestionarios a cada miembro del grupo, entrevistas y observación día a día del equipo en el periodo de 07 días de septiembre de 2001. Los resultados configuran la distribución de actividades realizadas en diferentes momentos de actuación de los diversos miembros del equipo, que se sistematizaron en un diagrama de flujo de atención a la salud de las familias asistidas. La organización de la semana típica de cada miembro y de todo el equipo estudiado reveló la existencia de un proceso de integración y fragmentación en la definición de los objetos de los medios y de los espacios de intervención del equipo. Se concluye lanzando cuestiones sobre la reorientación del proceso de trabajo colectivo en el PSF, teniendo en cuenta la consolidación de una práctica de salud diferenciada del modelo asistencial hegemónico.

Andréa da Paixão Silva
Instituto de Salud Colectiva de la UFBA

En el ojo del huracán
Trabajo Médico y el Programa de Salud de la Familia

El trabajo médico es el centro en los servicios de salud, y muchos han sido los desafios para la oferta de una atención de buena calidad en las unidades básicas. El Programa de Salud de la Familia (PSF) propone cambios importantes en la organización del trabajo médico con la utilización de médicos generales. Realizamos una investigación con el objeto de analizar potencias y límites de esta propuesta en alterar el modelo de práctica médica hegemónicamente encontrada en los servicios de atención básica. El estudio se realizó en equipos de salud de la familia (ESFs) de dos Proyectos QUALIS/SP (ZERBINI y Santa Marcelina), en el periodo de junio de 2000 a diciembre de 2001. Se utilizaron varios instrumentos para la recolección de datos (entrevistas, diagrama de flujo analizador, observación de consultas, grupos de discusión y pesquisa documental), triangulación metodológica y valoración de los resultados encontrados con los equipos.

Verificamos que esta propuesta posee un orden – vinculación de los médicos con un equipo y con una población, espacios de discusión de trabajo, visitas domiciliares, entre otros – con potencialidad para aumentar el compromiso y el envolvimiento de los profesionales con el trabajo. En cuanto a los límites, identificamos que la organización del trabajo permanecía aún bastante centrada en la oferta de la asistencia médica individual y las consultas estaban dirigidas principalmente para la dimensión biológica de la enfermedad, expresando dificultades para un abordaje clínico ampliado. A pesar de las diferencias entre los proyectos, la capacitación y el apoyo al trabajo se mostraron insuficientes para que los profesionales respondieran a las diversas demandas clínicas y a las necesidades de la salud en las múltiples dimensiones, apuntando el riesgo de una simplificación de la atención. Los médicos estaban sometidos a una gran carga cuantitativa y cualitativa del trabajo, con dificultades de apoyo de los demás niveles de atención. El trabajo en las ESFs se presentó como extremamente desgastante, siendo comparado por los médicos como estar en el "ojo del huracán".

Las cuestiones analizadas en este estudio indican la necesidad de rever estrategias del PSF, entre estas la de utilización exclusiva de médicos generales en los grupos. Se apunta como fundamental para el cambio de los actos médicos hegemónicos la adquisición de referenciales y tecnologías para ampliar la escucha, calificar el vínculo y las intervenciones.

Se resalta aún la importancia de mecanismos de gestión para acompañar y apoyar el trabajo en las ESF, así como la mejora en el apoyo de los demás niveles de atención.

Ângela Aparecida Capozzolo
Gastão Wagner de Souza Campos
Unicamp/SP

El trabajo de enfermería en salud de la familia en la perspectiva de consolidación del sistema único de salud – SUS

El sistema Único de Salud como política pública que pretende ser universal e integral encuentra en el Programa Salud de la Familia – PSF, una herramienta para garantizar la ampliación de los servicios de promoción a la salud. El trabajo de Enfermería, parte fundamental del trabajo en salud, está estructurado en un modelo hegemónico que se define en una práctica que sigue perpetuando las enormes desigualdades en el acceso a una asistencia digna, humanizada y de calidad para la población brasileña. Las dificultades enfrentadas en la implantación del PSF evidencian la necesidad de preparación de las enfermeras para participar del cambio de modelo asistencial exigido por esta estrategia. Se pretende, con este estudio, reflexionar sobre las nuevas dimensiones que se pueden identificar en los modelos de asistencia que definen la práctica de Enfermería, a partir del análisis del cuidado de la enfermería prestado a los grupos del PSF.

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo fundamentado en el Materialismo Histórico Dialéctico, en que se pretende accesar el imaginario colectivo presente en el discurso de estas

enfermeras, y a través de este, identificar los principios que guian las acciones de Enfermería.

La comprensión de estos principios posibilita la propuesta de transformaciones requeridas por el actual contexto de la salud. Se desarrollo una pesquisa de campo con enfermeras insertadas

en los equipos del PSF del Distrito de Salud de Capão Redondo, en la Región Sur de São Paulo. Los datos se recolectaron a partis de la realización de un grupo focal, envolviendo 10 enfermeros insertados en grupos del PSF, y fueron agrupados por la técnica de análisis del Discurso del Sujeto Colectivo, Según Lefrève (2000). El discurso de los sujetos de la pesquisa se agruparon en 5 categorías empíricas: Acciones de gerenciamiento, acciones asistenciales, acciones educativas, acciones sociales y perfil profesional. Cada categoría empírica se derivó de subcategorías, elaboradas a partir de las frases temáticas identificadas en los discursos colectivos. Los resultados indican mantención de los procesos de trabajo de enfermería (administrar, enseñar y asistir), pero sus características apuntan para una transformación de la práctica asistencial obteniendo como determinantes de ese cambio el enfoque en la complementariedad de las acciones en equipo multiprofesional y en el perfil profesional preparado para las acciones integralizadoras en la salud.

Regina Lúcia Herculano Faustino;
Mª Júlia Barbosa Moraes;
Emiko Yoshikawa Egry;
Mª Amélia Campos de Oliveira

La trayectoria del médico en el programa salud de la familia: una mirada sobre el sujeto

El Programa Salud de la Familia ha sido implantado por el Ministerio de Salud en los municipios brasileños, como una estrategia de reorganizar la asistencia a la salud, a partir de la Atención Básica. Al ser insertados en los equipos, se indaga como los médicos perciben los cambios exigidos en una nueva práctica, considerando presupuestos y aspectos conceptuales del programa.

La cuestión principal sería identificar lo que facilita y dificulta las transformaciones de la práctica médica, a partir de motivaciones, de saberes, de ambientes y relaciones.

La pesquisa utiliza el estudio del caso, a través de historias de vida circunscrita a la profesión, de cinco médicos del PSF, de un municipio del noreste de Brasil. Los marcos principales de sus trayectorias son la elección de la profesión, el proceso de formación profesional, la inserción en el mercado de trabajo y en el PSF. El conocimiento médico está insertado en un proceso de construcción del pensamiento y desarrollo de la humanidad, en contextos sociales, culturales, económicos y políticos, determinantes de las relaciones y de las prácticas en los servicios de salud.

Utilizando como referencial los estudios que circunscriben características de la medicina liberal, de la medicina tecnológica y de las prácticas tradicionales de los servicios de salud, se buscó entender, lo que ocurre en las prácticas del médico del PSF.

Los datos muestran a los médicos como producto de una formación biomédica, que, al negar la determinación social de la enfermedad, niega, también, a los seres sociales envueltos en el proceso de cura y mantención de la salud. El PSF es un mercado de trabajo, donde el médico como un sujeto social, actuando sobre clases sociales distintas, realiza una práctica entre un saber clínico, legitimado socialmente y las acciones programáticas típicas de las prescripciones de carácter sanitario. Ejecutando consultas y visitas, buscan resolver problemas de salud de la población y asumir la función de autoridad sanitaria de los territorios donde actuan. Sienten dificultad en trabajar como agentes de una política de salud y en crear propuestas coherentes y negociadas.

Los resultados apuntan que el PSF parece ser un lugar potencial de construcción de un modelo asistencial público universal, donde los médicos, como sujetos detentores de un saber y hacer, pueden ser capaces de resignificar una práctica que se alejó de la dimensión humana y social.

Ana Angélica Rocha
ISC/ UFBA

El médico de família en el municipio de São Paulo – desafíos y posibilidades

El médico que compone el equipo nuclear del PSF en la capital de São Paulo desarrolla sus actividades / acciones junto a la población del área, atendiendo individuos en todas las fases de los ciclos de vida, situándolos en todos los contextos biosicosociales en los cuales están envueltos. Actúa de forma integrada en los procesos de promoción, recuperación de la salud, prevención de las enfermedades, fortaleciendo el trabajo en equipo. Valoriza al sujeto, como parte integrante de la responsabilidad del tratamiento de su propia salud, ampliando autonomía, respeto, confianza y, propiciando el ahondamiento del vínculo equipo / Servicio de Salud / población.

El estudio describe y caracteriza al médico de familia, integrante de los equipos del PSF en las diferentes regiones del município, considerando la percepción propia de su papel, compromiso e inserción en una nueva estrategia de trabajo en la atención básica.

La metodología aplicada estudia una muestra de 237 médicos del universo total de aquellos que actúan en los equipos del PSF en las diferentes regiones del municipio. Se definieron como variables de estudio: lugar de trabajo; tiempo de trabajo como médico de familia; tiempo de trabajo en el PSF del município de São Paulo; post graduación específica residencia médica y Curso de Especialización en Salud de la Familia; participación en las etapas oficiales de capacitación definidas por la Secretaría Municipal de Salud para una capacitación inicial y continuada de los equipos del PSF.

La consolidación y discusión de los resultados alcanzados señalizan aspectos significativos para ser considerados en la planeación y definición de estrategias para la calificación, sensibilización y fijación de ese profesional en una nueva estrategia de trabajo la Salud de la Familia, como eje estructural de toda la atención básica.

Karina Barros Calife de Batista
Otilia Simões
Secretaría Municipal de Salud de São Paulo

Promoción de la Salud y la cuestión ambiental urbana en el Programa de Salud de la Familia: la distancia entre la intención y el gesto

Los Programas de Salud de la Familia (PSF) y de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) son presentados como estrategia para la reversión del modelo asistencial vigente, centrado en la cura de enfermedades y en el hospital. La complejidad de un cuadro nosológico en el cual dolencias relacionadas con los estilos de vida y el medio ambiente justificaría una nueva mirada del sector salud sobre la población, comprendida y definida en un territorio, cuya sistematización, del punto de vista físico y social, permitiría proponer intervenciones más allá de las prácticas curativas y preventivas, aproximándose de la promoción de la salud. Es razonable afirmar que, en este contexto, las cuestiones ambientales asumen una importancia crucial. Documentos oficiales que normatizan estos programas prescriben tareas con un claro enfoque ambiental, indicando a los equipos que consideran esos aspectos para elección de las prácticas de salud para ser implementadas. La tarea colocada por los autores es medir la distancia entre la intención normativa y el gesto eficaz para su concretización.

Objeto – La inserción de la temática ambiental preconizada por las directrices normativas del PSF/PACS en la práctica cotidiana de los equipos de estos programas en cuatro municípios de la Región Metropolitana de São Paulo

Objetivo – Conocer los puntos de vista sobre cuestiones ambientales urbanas entre profesionales que actúan en los programas, identificando las acciones efectivamente implementadas a partir de ellas. Evaluar en que medida esos profesionales perciben las diferencias entre esas acciones y las acciones tradicionales de prevención de las enfermedades.

Metodología – Observación participante de los equipos del PSF/PACS (1ª fase). Grupo focal constituído por profesionales de esos grupos (2ª fase).

Consideraciones Finales – La dinámica ambiental urbana en una región metropolitana es compleja. Su comprensión con planes a la intervención necesita de una visión multiprofesional más allá de aquella ubicada en el PSF/PACS y una capacidad de diálogo interinstitucional que no se encuentra explicitada a los profesionales que actúan en los programas. Para actuar bajo la egide de la Promoción de la Salud el PSF/PACS busca, inicialmente, intensificar el diálogo con otras instancias del SUS y, a partir de ahí, colocarse como sector salud delante de órganos del medio ambiente, saneamiento, recursos hídricos, entre otros, que tengan actuación en el territorio.

IANNI, A.
QUITÉRIO, L.
Instituto de Salud/SES SP y CEDEC
CEDEC/Centro de Estudios de Cultura Contemporánea

La salud bucal en la estrategia de Salud de la Familia: experiencia de la UFSC en Lagoa da Conceição

Este trabajo relata la trayectoria del grupo de residentes del Curso de Especialización Multiprofesional en Salud de la Familia de la UFSC/Modalidad Residencia, en el Centro de Salud de Lagoa da Conceição (FlorianópolisSC), con un enfoque para las acciones de salud bucal.

El grupo multidisciplinar está compuesto por 3 médicos, 2 enfermeras, 1 nutricionista, 1 sicóloga y 1 CD. A partir de una territorialización para reconocimiento del perfil epidemiológico de la población, se detectó que la programación local del CS se constituye en un problema debido al distanciamiento en relación a los principios y directrices del SUS. El área de actuación del CS comporta 35000 hab. para una ESF. Sumado a esto el modelo de atención biológica y la ausencia de acciones colectivas de educación en salud vigentes resulta en una baja cobertura por los servicios y una comunidad distanciada de su ejercicio de ciudadanía.

El trabajo ejercido por el equipo de residentes anhela la mejoría de la condición de vida de la población adscrita a través de la reorganización del modelo de atención vigente en el sentido de comprometerlo con los fundamentos del SUS.

A partir de una planificación local, buscándose el cambio en el perfil epidemiológico de la población, se propusieron acciones que contemplan la atención clínico ambulatoria, visitas domiciliares, procedimientos preventivo promocionales en las escuelas públicas locales, instituciones y en grupos de atención a la salud, además del envolvimiento en las organizaciones comunitárias para estímulo y orientación en el ejercicio del control social. Como prácticas interdisciplinarias se destacan: *Momento de Integración* que es un espacio diario que reúne al equipo para discusión y planificación interdisciplinar de los casos clínicos más complejos; *las interconsultas e intervisitas*; y *los grupos de promoción y prevención a la salud* donde los profesionales se suman de forma que los temas abordados abarquen la salud del individuo en su totalidad. Las acciones colectivas en salud bucal se realizan también de forma interdisciplinar envolviendo a todo el equipo así como a los ACS, desmonopolizando el saber centrado en el CD.

La reorganización del modelo de atención avanza con lentitud, entendiendose que para un cambio de paradigma es necesario mucho más que un compromiso individual, es necesario la participación activa de la comunidad, apoyo político de los gestores de la salud, y medios que hagan viable este nuevo modelo.

Angélica Borchardt
Daniela Lemos Carcereri
Lenise de Mello Barth

Promoción de Salud en unidad del PSF de Porto AlegreRS

Promover salud es desarrollar mejorías de estándar de vida de la población en el que tocan sus necesidades más diversas. En vista de esto, la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul a través de la asignatura de Economía Profesional desarrollo un trabajo de aproximación e interacción de los universitarios con la comunidad incluída en la unidad del Programa de Salud de la Familia (PSF) del barrio São Borja, en el município de Porto Alegre, buscando una vivencia de los universitarios en una realidad diferente, y al mismo tiempo ayudando a la comunidad a alcanzar una mejoría en el estándar de vida. El objetivo de la actividad es proporcionar un contacto de los universitarios con la realidad de una comunidad carente vinculando acciones de educación en salud, visitas domiciliares en sociedad con agentes de salud del PSF y practicar la parte clínica con métodos simplificados basándose en los principios del Tratamiento Restaurador Atraumático (ART). Se hicieron cinco visitas a la comunidad, dividiéndose entre: trabajos en una escuela de enseñanza básica y visitas domiciliares juntamente con los agentes comunitarios integrantes del PSF. En la escuela los universitarios trabajaron en parejas, siendo que cada pareja se responsabilizó por un grupo, desarrollando todas las actividades en el propio ambiente escolar, inclusive la adaptación de un ambulatorio en un aula en el en el caso de necesidades curativas. La iniciativa de este proyecto creó una sensibilidad por parte de los universitarios que se motivaron con relación al curso y a la Odontología Social. Además de los conocimientos técnicocientíficos obtenidos, de la asistencia odontológica llevada a algunos niños de la escuela y del intercambio con los profesionales del PSF, se tiene el orgullo de concluir que el análisis hecho sobre el papel y la responsabilidad social de los profesionales como promotores de salud fue lo más importante.

Gabriela Gonçalves Innocente
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Diogo Luis Fiaminghi
Evelise Leonardi
Juliana Dummel
Sonia Maria Blauth de Slavutzky
Faculdade de Odontologia – UFRGS

La inclusión de la salud bucal en lo cotidiano de los equipos de Salud de la Familia del distrito sanitario norte – Natal/RN: desafíos y perspectivas

Durante muchos años, el campo de la salud se ha constituído como un campo de construcción de prácticas técnica cuidadoras, socialmente determinadas, dentro del cual el formato de acción médica se volvió hegemónico. El proceso de trabajo en salud se ha caracterizado por la fragmentación de los cuidados entre los profesionales que componen el equipo de salud. En este horizonte de crisis, la Estrategia Salud de la Familia puede significar un proceso instituyente de cambio en la atención a la salud, rescatando conceptos fundamentales (vínculo, humanización, integridad de las acciones, corresponsabilidad, etc.) que apuntan para la reorientación del modo de operar los servicios de salud. Este trabajo describe la experiencia de capacitación de los profesionales de las diversas categorías que componen el equipo de Salud de la Familia en las acciones básicas de salud bucal con planes de superar la dicotomía y la fragmentación conocimiento/práctica. En esta perspectiva, después de la implantación de los equipos de la ESF en el Distrito Sanitario Norte en Natal/RN se realizaron diversos encuentros, debates y capacitaciones sobre variados temas donde muchos desafíos se colocaron para tales equipos. Entre estos, la capacitación de los profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios de salud, destistas y asistentes de consultorio odontológico) para la realización del primer análisis epidemiológico en salud bucal pretendiendo la obtención de un diagnóstico inicial del área para la planificación de las acciones. A pesar de algunas resistencias evidenciadas, ese proceso fue extremamaente valioso, siendo fundamaental para suscitar la discusión sobre el proceso de trabajo en salud y el papel de "cuidador" del profesional de salud. Los protocolos clínicos en salud bucal (por ciclos de vida) se discutieron con todo el equipo, y varios conocimientos sobre salud bucal fueron aprpiados por los profesionales de las diversas categorías que hoy, ya identifican necesidades y referencian los usuarios para los profesionales de salud bucal. Así, creemos que la desmonopolización del saber en salud bucal, la construcción de nuevos conocimientos, las innovaciones asistenciales elaboradas colectivamente son herramientas esenciales para la construcción de un nuevo hacer, con planes de promoción de la salud.

Maísa Paulino Rodrigues
Marco Aurélio Azevedo de Oliveira
Núcleo de Estudios en Salud Colectiva (NESC/UFRN)
CirujanoDentista/PSF de la Secretaría Municipal
de Salud Natal/RN.

Formación de cirujanodentistas para la atención básica en la residencia integrada en salud colectiva

Desde 1976, con la implantación de la residencia en Salud Comunitaria, el Centro de Salud Escuela Murialdo (CSEM), órgano vinculado a la Escuela de Salud Pública de la SES/RS, se ha vuelto para la formación de funcionarios de la salud con característica multiprofesional. A partir de 1999, a través de la creación de la Residencia Integrada en Salud Colectiva (portería 16/99 SES/RS), se incluyeron vacantes para cirujanodentistas.

Objetivo – Presentar la Residencia Integrada en Atención Básica, resaltando el papel de los residentes de Odontología.

Programa de Formación – Con duración de dos años y una carga horaria de 60 horas, organizadas pedagógicamente, tomándose en cuenta los conceptos de campo y núcleo de conocimientos (CAMPOS, GW 1990). El currículo es único para las diferentes profesiones (medicina, nutrición, enfermería, servicio social, sicología y odontología), respetándose las especificidades de cada área. En las atividades en terreno, participan los residentes de todas las áreas, garantizando la interdisciplinaridad. En las actividades de núcleo los residentes de odontología realizan atenciones en el módulo de odontología y seminarios.

Conclusión – La Residencia Integrada en Salud Colectiva permite la formación del CD integrado a la dinámica del SUS, constituyendo una nueva realidad para la profisión.

Márcia Fernandes dos Santos
Adriana Gomes Andrighetto
Alex Elias Lamas
Patrícia Flores Rocha
Eloá Rossoni
Centro de Salud Escuela Murialdo
Escuela de Salud Pública do Rio Grande do Sul

Implementando un programa de residencia multiprofessional en Salud de la familia: límites y posibilidades

Se trata del análisis de los límites y posibilidades de construcción de la interdisciplinaridad en la imlementación del programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia financiado por el Ministerio de la Salud/ BID, en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp). Tal programa, iniciado en abril de 2002, se dirigió a enfermeras y médicos. La FCM cuenta con los cursos de enfermería, fonoaudiología y medicina, creados respectivamente en 1963, 1978 y 2002, y se constituye de 16 departamentos de enseñanza, mayoritariamente médicos. El apoyo al desarrollo de la formación, perfeccionamiento, capacitación y educación permanente y queda a cargo de un Grupo de Trabajo, creado en noviembre de 1999 y compuesto por docentes de siete departamentos de enseñanza. En el ámbito general, la implantación del programa representa una iniciativa innovadora en la FCM, aunque, la relación universidad/Ministerio de la Salud se ha caracterizado por la morosidad administrativa e insuficiente definición de responsabilidades de las partes involucradas. La falta de respeto del calendario universitario y la no garantía de la certificación del programa por el MEC contribuyeron para la evasión de los médicos. La falta de institucionalización del programa de Salud de la Familia se ha constituído como límite objetivo al perfeccionamiento y expansión de las iniciativas en ese campo. En la misma dirección, la ausencia de cultura institucional y la inexistencia de formalización de la residencia para enfermeras ha implicado una constante negociación con los servicios de salud de la universidad y de la red municipal de salud, en la definición de los campos de enseñanza y condiciones más apropiadas al desarrollo de las actividades prácticas. El perfil acentuadamente diferente de los residentes médicos y enfermeras, probablemente resultante del modelo de enseñanza de los respectivos cursos de graduación, demanda también un empeño especial de la preceptoría. Sin embargo, la participación en la implementación del programa ha permitido verificar que el ejercicio cotidiano de preceptoría/supervisión multiprofesional en servicio representa la posibilidad más concreta de construcción de la práctica interdisciplinar, con repercusiones positivas para el cuerpo docente, residentes y profesionales de la salud.

Ana Maria F. de Oliveira
Nair L. Yoshino
Olga Maria F. Carvalho
Ricardo Caraffa
Márcia R. Nozawa
Faculdad de Ciencias Médicas de la Unicamp

El trabajo de la enfermería en el programa Salud de la Familia

El Programa Salud de la Familia (PSF), estrategia del Ministerio de la Salud, cuyo objetivo es reorganizar la práctica asistencial sustituyendo el modelo tradicional de asistencia vuelto para la cura de enfermedades y realizado principalmente en hospitales, se ha implantado en todo el territorio nacional. La enfermería es parte de este trabajo en la salud construyendo una práctica dirigida a familias y a la comunidad.

Objetivo – En este estudio el objetivo central es el trabajo de la enfermería en la salud de la familia.

Objetivos – Analizar el trabajo de la enfermería en el PSF municipio de Campinas, interior del estado de São Paulo, desde su implantación en 1995 hasta 2002.

Metodología – Pesquisa cualitativa y descriptiva. Se realizaron entrevistas a los funcionarios de la salud que actuaron, coordinaron o supervisaron, los tres primeros equipos de salud de la familia en el periodo de 1998 a 2000 y que todavía actuan en la red básica de salud del municipio. Las entrevistas se analizaron a través del análisis temático de Bardin, agrupándose en dos temas: las características del trabajo de la enfermería y el trabajo en equipo.

Conclusiones – La enfermería tiene una historia permeada por dificultades e incertezas de la implantación del PSF en Campinas. Inicialmente, la enfermería tenía una actuación más asistencial, cuidadora, dirigida hacia fuera de la unidad, centrada en el usuario, en la comunidad, tanto la enfermera como la auxiliar de enfermería. Actualmente, el trabajo está más dirigido para dentro de la unidad, focalizándose más en los procedimientos, la enfermera tiene su actuación limitada por la dinámica de la unidad, siendo esencialmente gerencial, y la auxiliar de enfermería ha tenido también limitada su actuación en la comunidad, haciendo menos visitas domiciliarias, trabajando dentro de la unidad, enfocando los procedimientos. Este estudio ha pretendido colaborar con la polémica de la función de la enfermería en el PSF en Campinas y en el país, al final, discutir del PSF es discutir del proceso que vivenciamos de construcción del Sistema Único de Salud.

MARQUES, D.
SILVA, E.M.
Ayuntamiento de Campinas
Departamento de Enfermería/Unicamp

La inserción del médico en los servicios públicos de salud. En foco el PSF

Estudio sobre el trabajo y la práctica médica en el servicio público de salud, teniendo como tela de fondo el Programa de Salud de la Familia del Ministerio de la Salud. La elección del PSF se dió en función de representarle un modelo preconizado e inducido por el MS que pretende tener la salud como mote, pretendiendo también cambiar el modelo asistencial. Sabiéndose que la práctica médica está basada en la cura de la enfermedad, dentro del modelo biomédico, el estudio presenta algunas tensiones sobrevenidas de esta alteración.

Se inicia con una revisión histórica y bibliográfica del PSF en Brasil, presentando la trayectoria del programa y sus varias directrices. Se hace un abordaje sobre lo cotidiano de las prácticas médicas basadas en el saber sobre las enfermedades así como la preocupación de esta práctica por parte de los médicos y sus repercusiones en la sociedad. Se utilizó, en el trabajo de campo, entrevistas a nueve profesionales médicos que trabajan en programas de Salud de la Familia premiados por el Ministerio de la Salud en 2000.

A partir de la mirada y de las reflexiones de los médicos entrevistados se focalizaron siete categorías que simbolizan dificultades, adaptaciones y construcciones sobrevenidas de este cotidiano.

Se identificaron focos de tensión cristalizados en situaciones inherentes al trabajo, a los sujetos, a las relaciones de poder, al binomio salud – enfermedad.

Metodológicamente, organicé los relatos personales en categorías que expresaban el contenido de las cuestiones estudiadas, por lo tanto los discursos se volvieron categorías. Son ellas "*Médico mil y una utilidades*"; "*Vínculos, ¿para qué te quiero?*";"Cada PSF tiene su personalidad". "*¿Será la del médico?*";"*No basta que sea doctor, tiene que ser especialista*" "*¿Referencia contra quién?*";"*Los modelos de atención y la tensión entre los modelos*";"*¿PSF Aro de Oro de los políticos?*"

Las conclusiones versan sobre el modelo asistencial, formación médica, relaciones políticas del PSF, dificultades de aprehensión de este modelo en la práctica médica, medicalización de la sociedad. Finalizando el estudio se reafirma la importancia del profesional médico dentro de las directrices del Sistema Único de Salud y la necesidad de discutir las bases de la práctica médica pretendiendo el compromiso médico en el PSF y en el sistema público de salud.

SHEILA P .S. SOUZA
INCA

Reestructurando la atención a la salud bucal, integrándola a la rutina de los grupos del PSF (Programa Salud de la Familia) Camaragibe

Este trabajo tiene como objetivo relatar la experiencia de inclusión de las acciones de atención a la salud bucal en la rutina de los equipos de las 36 Unidades de Salud de la Familia compuesta por: agentes comunitarios de salud, enfermeros, médicos, y auxiliares de enfermería.

Camaragibe desde 1994 viene a partir de la discusión del proceso de trabajo y del proceso salud y dolencia bucal con los actores involucrados (funcionarios de la salud y población organizada) desarrollando un modelo de atención de promoción a la salud bucal que se puede evaluar a través de los análisis epidemiológicos realizados, CPOD (índice de de dientes cariados, perdidos y obturados) a los 12 años que en 1994 era de 6,7 y en mayo 2001 fue de 1.8. Estas acciones eran desarrolladas por los ASB (agentes de salud bucal) supervisadas por los CD (cirujanodentistas).

A partir de febrero de 2001 se desarrollo un proceso de educación continuada en salud bucal por el grupo del Programa Salud de la Familia, para garantizar la implantación de las actividades de promoción y prevención en salud bucal en la edad de 6 a 14 años, en las escuelas municipales, estatales, conveniadas y particulares en el territorio de alcance de cada Unidad de Salud de la Familia.

A partir de la implantación, ocurrió el monitoramiento de estas actividades através de talleres en los 5 territorios del municipio, integrando así las USF's y los servicios de referencia municipal (Centro de Salud, Centro de Urgencia y Especialidades, Núcleo de Reabilitación, Facultad de Odontología y Centro de Diagnóstico).

La lógica de integrar servicios y acciones por territorio fortalece la construcción de un sistema de salud ecuánime, único, fundamentado en el concepto ampliado de salud y en la intersectorialidad rescatando el estándar de vida de la población.

D'ANDRADA, J;
COSTA, I;
MORAIS, F;
SANTA CRUZ, L.
Ayuntamiento de Camaragibe/PE

La inserción de la salud bucal en el programa de Salud de la Familia en el Estado de Paraná

El objetivo de este estudio analizó el perfil de implantación de la Odontología en el Programa de Salud de la Familia en el Estado de Paraná, un año después de la entrada en vigor, a fines del año 2000, de la Portería nº 1.444 del Ministerio de la Salud. Por lo tanto , se delineó un estudio cualitativo y cuantitativo involucrando los 136 municipios que ya habían implantado Grupos de Salud bucal en el PSF hasta el comienzo de 2002. Se encaminaron dos tipos de cuestionario, previamente testados y aprovados, abordando: a) aspectos administrativos, debiendo ser respondido por los Coordinadores de Salud Bucal de los municipios, y b) aspectos operacionales, a ser respondido por todos los destistas integrantes de los grupos. Ambos comprendían preguntas objetivas, y contaban con un espacio para que los participantes expresasen su opinión sobre las experiencias, éxitos o dificultades encontradas en la operacionalización del programa. Se obtuvieron respuestas de 77 municipios, correspondiendo a 56,6% del total de cuestionarios enviados. Los resultados revelan que el promedio de población cubierta por el grupo (4.47 ± 1.700 personas) prácticamente corresponde al mínimo estipulado por la Portería del Ministerio de la Salud (5.000 personas). A pesar de eso, existe dificultad, por parte de los grupos, en desempeñar todas las actividades pertinentes a ellas, como, por ejemplo, visitas domiciliares, acciones de prevención y promoción de la salud, así como reuniones con la comunidad de alcance. Otra dificultad relatada se relacionó al encaminamiento de los casos de mayor complejidad los cuales, en 19,9% de los municipios, son solucionados por el propio grupos o no se resuelven. Como punto positivo se verificó que 94,3% de los dentistas entrevistados relataron haber participado en cursos de capacitación y que hubo una recepción favorable del programa por parte de la población. Finalmente, se observó que el número de contratos formales de dentistas, a través de concurso público, es pequeño (27,3%) y los relatos indican que hay una necesidad de formación de profesionales generales, que sepan trabajar en grupos interdisciplinares y que presenten, por lo tanto, perfil adecuado para el Programa de Salud de la Familia.

Márcia Helena Baldani Pinto
Márcia Geny Schweitzer Queiroz
Taisiane Possamai
Cristina Berger Fadel
Universidad Estatal de Ponta Grossa (UEPG)

Perfil de los Odontólogos en el equipo de Salud de la Familia

El acceso y la utilización de los servicios de salud todavía es un desafío para las políticas públicas en Brasil. Cuando se analiza el acceso a los servicios odontológicos se observaque 29,6 millones de personas nunca ha consultado un dentista (PNAD 1998). El cuadro es más alarmante cuando confrontado con la elevada proporción de odontólogos del país por habitante (1:979 hab.). La estadística comprueba que no hay carencia, al contrario, hay una pletora de odontólogos, que no se acompaña de adecuado acceso a los servicios odontológicos.

El Programa de Salud de la Familia (PSF) se presenta como estrategia de cambio del modelo asistencial, fortaleciendo las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, de forma integral y contínua. En diciembre de 2000 un nuevo frente de acción se incorporó a las actividades del PSF con la inserción del grupo de salud bucal (ESB).

Este estudio es un rasgo de la pesquisa "Evaluación de la Implementación del Programa de Salud de la Familia en Diez Centros Urbanos Grandes" que analiza los factores facilitadores y limitadores del PSF en municipios con más de 100 mil habitantes. Nuestro objetivo es describir el perfil de los odontólogos en el PSF y así contribuir para el debate de la inserción de la ESB. Algunos ejes orientaron el análisis: forma de selección del profesional, modalidad de contratación y carga horaria, rango salarial, compatibilidad entre salarios y atribuciones y vínculo con las familias. Entre los diez municípios estudiados, seleccionamos aquellos en que este profesional ya actuaba: Aracaju/SE, Brasilia?DF, Camaragibe/PÉ, Manaus/AM y Vitória da Conquista/BA. Se realizó averiguación y recolección de datos de los cuestionarios de autorrelleno distribuídos a los integrantes de los GSF y cuestionarios aplicados a la muestra de familias usuarias del PSF. El perfil de los odontólogos se describió a partir de los resultados que se destacaron en los municipios analizados. Los profesionales fueron seleccionados por selección interna – SMS, por indicación y entrevista. Entre las formas de contratación encontramos: funcionario público estatutario, CLT, cooperativa y convenio. La mayoría trabaja 40 horas exclusivas, con remuneración entre R$2001 y R$3000 y no consideran que esta sea compatible con las atribuciones. Para los odontólogos, la relación entre grupos y familias mejora el estándar de vida del ciudadano y crea vínculos. Sin embargo, en la percepción de las familias, no existen elementos suficientes para evaluar la calidad de acceso y, en algunos casos, todavía se admite la insuficiencia del servicio en salud bucal.

RENATA RANGEL SILVA
ANA CLÁUDIA BARBOSA DA SILVA
NUPES/ENSP/FIOCRUZ

Perfil de los profesionales de Atención Básica de la Ciudad de Rio de Janeiro interesados por el Programa Salud de la Familia

La inclusión de la Odontología en el equipo mínimo del Programa Salud de la Familia fue prevista por el Ministerio de la Salud en diciembre de 2000. La ciudad de Rio de Janeiro eligió para componer los grupos de trabajo del programa, la estrategia de identificación y selección de los profesionales de la propia red de servicios. El objetivo del presente estudio es verificar cual es el perfil de los dentista de la red que poseen interés por el PSF y proporcionar datos que contribuyan con las estrategias de selección, capacitación e inserción de profesionales. La metodología utilizada era de una pesquisa social cualitativa con la utilización de un cuestionario con preguntas cerradas, abiertas y semiabiertas, enviados a todos los profesionales que actúan en la Atención Basica. El analisis del Contenido, para las preguntas abiertas, posibilitó un ahondamiento del universo significativo. Los resultados muestran que los motivos de interés son la posibilidad de realización profesional y la remuneración ofrecida; que 89% afirma que hay una necesidad de mayores informaciones sobre el tema; que la inserción de los profesionales se ve principalmente a través de procedimientos cirúrgicorestauradores y conferencias y, que en una dada situación hipotética de planificación de acciones, 50% de los profesionales no la respondieron. Además de los resultados relatados, se analizaron otras observaciones y los datos muestran que la ampliación y funcionamiento de los futuros grupos necesitan de un proceso intenso de reorganización de la profesión para este otro campo de actuación.

Sylvia Tristão
Daniela Mergulhão
Elisete Casotti
Odontología en Salud Colectiva ABORJ
NUTES/UFRJ
UFF

La opinión de gestantes en cuanto a la atención prenatal realizado por un(a) enfermero(a) de una unidad de salud de la familia

Se sabe que la adhesión de las mujeres al prenatal se relaciona con la calidad de la asistencia prestada por los servicios de salud y que la asistenciaprenatal adecuada durante la gestación es una medida esencial para preservar la salud de la mujer y del feto y, consecuentemente, para la reducción de los índices de mortalidad materna y del feto todavía persistentes en Brasil. La participación de la enfermera(o) en la atención a las gestantes de bajo riesgo es fundamental, lo que resulta en un mayor acceso de la mujer y mayor calidad de la asistencia. Este estudio de abordaje cualitativo y de naturaleza exploratoria es descriptiva y tuvo como objetivo conocer la opinión de las mujeres que realizaban el prenatal con un(a) enfermero(a) en una Unidad de Salud de Familia de la parte oriente de São Paulo con relacion a la asistencia. Se realizaron 16 entrevistas durante el mes de agosto de 2002 a gestantes que estaban en el segundo trimestre de gestación y que eran acompañadas por un enfermero(a), por medio de un formulario con preguntas abiertas, teniendo en cuenta la captura de su opinión con relación a la atención recibida. Se realizó el análisis temático utilizando como categorías las dimensiones: clinica, humanizadora y educativa, a partir del referencial de acogimiento y humanización de la asistencia. Los resultados encontrados apuntan para la satisfaccion de las mujeres con relacion a la atención recibida del enfermero o de la enfermera, destacando aspectos relevantes de la dimensión clínica (abordaje, examen fisico, exámenes solicitados, encaminamientos); de la dimensión humanitaria de la asistencia, con enfasis en el acogimiento y en vínculo; de la dimensión educativa, reforzando la autoestima, del cuidado personal y del intercambio de experiencias, apartir de las consultas de enfermería y otras actividades ofrecidas en el prenatal.

Se destacan algunos problemas que se refieren a la organización de los servicios de salud, principalmente de la referencia laboratorial y para el examen de ultrasonido. Se considera de fundamental importancia la asistencia prenatal realizada por enfermeras o enfermeros en el sentido de contribuir al acceso y a la calidad de la asistencia ofrecida a la mujer durante esta fase, recordando que la calidad se hace también con otros elementos de la organización de los servicios de salud que no se pueden menospreciar.

Eliane da Silva
Zenaide Neto Aguiar
Faculdad Santa Marcelina

Salud Mental y Programa de Salud de la Familia: propuesta de catastro por agentes comunitarios de la salud.

Se sabe que las perturbaciones mentales han sido señaladas como daños importantes a la salud de los individuos, tanto por su alta prevalencia – llegando a 50% en algunos estudios –, como por el potencial evolutivo para grados variables de deficiencia e incapacitación. El alcoholismo ha surgido como uno de los problemas mentales de gran impacto poblacional, particularmente dentro del sexo masculino, donde llega a alcanzar una prevalencia de un 15%.

El Programa de Salud de la Familia ha sido una estrategia de atención básica a la salud en estos ultimos años. Aunque, en sus acciones de registro y seguimiento de la población adscrita no se ha previsto un esfuerzo dirigido a la detección de las perturbaciones mentales, excepto en relación a la comunicación de internaciones psiquiátricas y/o por alcoholismo.
El Programa de Salud Mental del C.S.E. "S B. Pessoa", ha participado en la elaboración de un catastro más amplio, propuesto por el CSE como un todo, en salud de la familia, que incluya, entre otros, los daños a la salud mental.

Objetivo y metodologia – Se propuso la investigación de los carecimientos en salud mental, dentro del catastro general de los domicilios, por 12 agentes comunitarios de la salud. Se elaboraron cuestiones, que, después del entrenamiento ellos las aplicaron en un área de inclusión del C.S.E., el Jardim São Remo, São Paulo, (un barrio de chavolas, con 2118 casas). El trabajo se desarrolló en dos etapas. La primera consistió en detectar la presencia de perturbaciones mentales y/o problemas con el alcoholismo e historias de internaciones psiquiátricas. La Segunda, en marcha, consta de un catastro específico que se aplica en aquellos domicilios que respondieron afirmativamente en la primera visita, pretendiendo trazar un perfil de morbilidad ampliado de esos casos. Los catastros generales se aplicaron en 1216 domicilios, (57,4% del total). El número de catastros individuales digitados fue de 4756, de entre estos, 424 (8,91%) fueron positivos para las cuestiones de salud mental, siendo 164 para perturbaciones mentales generales (38,68%), 250 para alcoholismo (58,97%) y 10 para internación psiquiátrica (2,35%).

Conclusiones – La inclusión de las perturbaciones mentales en el catastro de la población, en salud de la familia, puede permitir el reconocimiento de los daños a la salud mental, habiendo sido, el alcoholismo, la perturbación más frecuente. Tal investigación se realizará a través de la acción del agente comunitario de salud, volviéndose una estrategia complementar dentro del elenco de intervenciones en atención básica a la salud.

ELEONORA HADDAD ANTUNES
LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA
Centro de Salud Escuela "S.B.Pessoa"
Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad
de Medicina de la Universidad de São Paulo

Guía de urgencia y emergencia: un instrumento de reorientación de atención a la salud en la Red Básica Bahia.

Pesquisas recientes en Bahia (Lessa, 2001) reafirman el diagnóstico de la sobrecarga de la red de media y alta complejidad para la atención de urgencia y emergencia por una demanda de pacientes cuyos problemas de salud son pasibles de resolución a nivel de la Red Básica de atención, inclusive del Programa de Salud de la Familia. El cambio de ese perfil de atención requiere la articulación de las acciones asistenciales a las de prevención y promoción de la salud, de modo de asegurar lo integral de la atención; la construcción de una cultura sanitaria que desenganche la capacidad de resolución de la sofisticación tecnológica; el establecimiento de las competencias de las diferentes instancias del sistema y de los flujos entre sus niveles. El "Guía de Orientación para las Situaciones de Urgencia y Emergencia en la Red Básica de Salud de Bahia" representa la producción de un instrumento capaz de contribuir en la reorganización de la atención, una vez que indica conductas y flujos, articulando prácticas de atención individual a las de cuño colectivo (VS y VE). Su lógica se inicia con la descripción de las señales y síntomas, o daños, o necesidades sanitarias presentadas por el paciente, seguida de hipótesis, diagnósticos, conductas clínicas, epidemiológicas y sanitarias, intercaladas con factores de riesgo y marcadores. Las conductas tienen base en el raciocinio clínico, epidemiológico y sanitario y, además, valorizan el uso adecuado de las fichas de referencia y contrarreferencia en las unidades. La validación del instrumento desarrollado por el ISC/UFBA, en convenio con la SESAB, se realizó mediante trabajo en grupo con profesionales de la salud que actúan en grupos del Programa de Salud de la Familia en los municipios de Feira de Santana y Vitória da Conquista. El guía se consideró objetivo, simple, positivo, accesible, con un lenguaje claro, conteniendo procedimientos factibles, y promisor como facilitador del proceso de trabajo de los agentes. Comentarios y sugestiones se analizaron e incorporaron al contenido, cuya versión final se editó. El material recibió la creación de proyecto gráfico, revisión, impresión preliminar, revisión final e impresión final de 5 mil unidades, recomendándose a la SESAB la implantación mediante proceso de capacitación para el manoseo y uso adecuado.

WILL, FLÁVIO; MARQUES, TETÊ ; BARBOSA, NEUSA; RANGEL, MARIA LIGIA; ANDRADE, DULCELI; JESUS, CLÁUDIA DE.
PITS/ISC/UFBA

Potencialidades y limitaciones en las prácticas del programa de salud de la familia para la construcción de una clínica ampliada

La retórica y las normas orientadoras de las proposiciones de planificación y organización de las acciones del PSF han sido propuestas con un fuerte énfasis en la dimensión colectiva y en la aplicación del saber epidemiológico. En la implantación y consolidación del PSF, la referencia al papel de la Clínica como componente del cuidado integral de la salud ha ocurrido de un modo infrecuente y superficial en el proceso de planificación o de organización de este nuevo panorama de atención a la salud.

A pesar de las críticas de los formuladores del Programa al modelo médico hegemónico y a la biomedicina en la práctica clínica, se verifica que las propuestas de mudanzas han tenido como referencia (o representan) disciplinas y saberes originarios en el propio conocimiento biomédico o son integrantes de la misma racionalidad técnico – científica que fundamenta la tan criticada Clínica.

Este trabajo analiza, a través de entrevistas con médicos, gestores y gerentes del PSF, el potencial del PSF, como estrategia estructurante del modelo de atención en el ámbito del SUS, de promover transformaciones en la práctica clínica de los médicos del Programa. Se utiliza como referencia la perspectiva de mudanzas en las opiniones acerca del proceso salud – enfermedad con planes a la incorporación de la integración biopsicosocial en el discurso y en el contexto de las prácticas.

Se verifica que el modelo de atención del PSF, por lo menos como orden operacional, facilitaría, en principio, la identificación y la incorporación de las dimensiones sociales y psicológicas que integran el proceso salud – enfermedad a la práctica clínica. Sin embargo, los médicos del PSF, a pesar de la inversión institucional en el Programa, conviven con una práctica clínica aún limitada por la vieja dicotomía entre técnica y arte, o mejor dicho, entre una práctica humanista y un saber biomédico técnico científico, "infalible" e "impersonal".

Reconocer as limitaciones actuales del PSF como una estrategia de reestruturación de la atención a la salud, principalmente cuando se tiene como objetivo una práctica clínica ampliada e integradora de las dimensiones biopsicosociales del proceso de una enfermedad, no significa un descrédito en relación a esta modalidad de atención. Por el contrario: este modelo puede traer, en su interior, oportunidades impares para el desarrollo de estas mudanzas en el cuidado individual y en la práctica clínica.

César Augusto Favoreto
Kenneth Rochel Camargo Jr.
Instituto de Medicina SocialUERJ
Disciplina de Medicina Integral/FCMUERJ

Programa de Interiorización del Trabajo en Salud en Maranhão: avances y desafíos

El Programa de Interiorización del Trabajo en Salud – PITS, implantado en municipios que presentaban indicadores demostrando un precario acceso de la población a la acción y servicios de salud. Se destaca como una de las alternativas gerenciales del Sistema Único de Salud – SUS para disminuir iniquidades; puede configurar una posibilidad para aumentar el control social en la administración municipal de salud y contribuir para la instalación de mudanzas que den sustentabilidad a las acciones que se desarrollan. Se seleccionaron 16 Estados para participar del PITS, entre estos se destaca Maranhão, con el mayor número de municipios en el Programa (30) y mayor porcentaje de profesionales del PITS del País (29,3%). Este trabajo analiza algunos aspectos del proceso y de la estructura del trabajo de los grupos del PITS que actúan en el Estado de Maranhão.

Metodología – Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos. Los datos se recogieron a través de la aplicación de un cuestionario semiestructurado a los profesionales que están actuando en Maranhão y de la observación participante de las investigadoras. Los datos cuantitativos se operaron con el programa EPIINFO; los cualitativos se clasificaron de acuerdo con los núcleos de sentido identificados, analizados a la luz de las teorías pertinentes y contextualizados en la vivencia de la instalación del Programa y de los avances y desafíos de la consolidación del SUS en el País.

Resultados – Se destaca que algunos elementos importantes en cuanto a la estructura del trabajo aún están bastante precarios. Apenas un 32,4% de los entrevistados disponían de transporte regular. Otro factor importante es la inexistencia o las precarias condiciones en que se encuentran las Unidades Básicas de Salud; 52,9% de los entrevistados no consideran sus Unidades minimamente adecuadas. Entre los aspectos positivos se presentan algunos avances, tales como: el acceso a los medicamentos básicos; 94,1% de los profesionales relataron que hay disponibilidad de medicamentos en la Farmacia Popular para sus prescripciones. En relación al proceso de trabajo, este se concentró en la prestación de la asistencia, resultando en una deficiente interacción con los diversos sectores de la sociedad o con la motivación para la participación popular, requisitos fundamentales para as mudanzas en el modelo asistencial y para alteraciones en la organización municipal de la salud.

Conclusión – El Programa presenta evidentes necesidades de readecuaciones, entre tanto, contribuyó para aumentar las coberturas de Atención Básica a la salud en los municipios donde se concentraban las poblaciones más desamparadas del País.

DILMA MARIA L. ROCHA
ROSANA C. B. FERREIRA
SÔNIA MARIA F. DA SILVA
MARIA IEDA VANDERLEI
SUELI ROSINA TONIAL
FUNASA/Gerencia de Estándar de Vida/ MA
Universidad Federal de MA

La demanda atendida en una unidad básica de Salud de la Familia en el municipio de Fortaleza, Ceará: estudio del caso

La organización de las acciones del Programa de Salud de la Familia (PSF) del municipio de Fortaleza se estructura en las unidades básicas de salud de la familia (UBASF), siendo éstas una referencia para la atención a las familias adscritas. Las acciones son planeadas con base en el diagnóstico de salud de la población establecido durante el catastro familiar. Se vuelve fundamental, pero la definición de la demanda de estas unidades para el establecimiento de uma atención a la salud que sea de hecho integral, dentro de los moldes de la atención primaria.

Objetivos – Caracterizar la demanda atendida por médicos y enfermeros del PSF que actúan en una UBASF de la periferia de Fortaleza, con planes de reorientar y planear acciones en función de las reales necesidades de las familias.

Metodologia – Estudio descriptivo de carácter exploratorio preliminar, realizado en el periodo de noviembre de 2002 a enero de 2003. Los instrumentos de recolección de datos se desarrollaron después de un periodo de diagnóstico situacional de la organización de servicio de la UBASF juntamente con los profesionales. Los instrumentos incluían: un cuestionario aplicado a través de entrevista con los usuarios y una planilla rellenada por los propios profesionales en el acto de la consulta. Durante una semana, el cuestionario se aplicó a una muestra aleatoria de usuarios, en cuanto la planilla incorporó informaciones de toda la población atendida en el periodo de realización de las entrevistas.

Conclusiones – La planificación de las actividades en la UBASF es hecha a través del abordaje de ciclos de vida, pero mantiene una fuerte relación con "programas" que tienen como referencia patologías. El análisis de las 53 planillas (443 usuarios), evidencia que casi 15% de estas atenciones no se planearon, y que el perfil de la demanda es básicamente de adultos mayores y mujeres en edad fértil en virtud de la existencia de consultas específicas agendadas (Hipertensión y Diabetes, Prenatal, Planeamiento Familiar). En las consultas consideradas "abiertas" (Adultos y Niños), se observa una atención directamente ligada a las precarias condiciones de vida de los usuarios. Estos aspectos indicam la necesidad de una revisión de las prácticas, envolviendo, por ejemplo, actividades asistenciales en grupos, no restringiéndose a la atención individualizada. Indican aún, la necesidad de articulación intersectorial municipal y estatal para que acciones e intervenciones asistenciales tengan impacto positivo en las condiciones de vida y, por lo tanto, de salud de estas familias.

Liana M. Ariza
Márcia Gomide
Adriana V. P. Assunção
Alberto N. Ramos Jr
Núcleo de Estudios de Salud Colectiva
Universidad Federal de Rio de Janeiro
Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Federal de Ceará

La comunicación en el Programa Salud de la Familia: un estudio en el centro de salud Germano Sinval Faria

El trabajo tiene como objetivo identificar y comparar los modelos de comunicación presentes en la práctica de los profesionales que trabajan en el Programa Salud de la Familia en el centro de salud Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, con aquellos presentes en la propuesta del PSF y pesquisar la práctica comunicativa en el sentido de verificar en que medida los modelos de comunicación se articulan, respaldan y favorecen los modelos médicos. Utilizando como referenciales teóricos en el área de comunicación y salud los autores: Inesita Araújo, Antônio Fausto Neto y Janine Cardoso, se identificaron dos modelos de comunicación: el primero es el modelo desarrollo/comunicación transferencial y el segundo, el modelo dialógico/comunicación dialógica. Para identificar el modelo de comunicación presente en la propuesta del PSF, se hizo un análisis del documento de referencia del programa; para evaluar las prácticas comunicativas, se hicieron tres entrevistas abiertas semiestructuradas con profesionales que actúan en el Centro. La metodología empleada partió de presupuestos de análisis de discurso y contenido. Pero, en la medida en que los análisis se hicieron, se identificó una serie de nuevos cuestionamientos. El rasgo metodológico fue, así, moldado por el objeto, que apuntó caminos, y permitió no apenas identificar los cuadros teóricos, como también montar las matrices que compusieron el método. Así, el trabajo tiene como eje estructurante proponer un camino de entendimiento de la relación entre la comunicación y el éxito (o no) de las actividades del Programa.

Daniela Carvalho Sophia
Programa Radis
Fundación Oswaldo Cruz

Desafíos en la mudanza del modelo de atención en una ciudad de gran porte, a partir de la estrategia Salud de la Familia

El Programa Salud de la Familia PSF es un recurso estratégico, que tiene como propuesta la superación del modelo asistencial, buscando facilitar el acceso a los servicios de salud y proporcionar una atención personalizada, de forma más acogedora, manteniendo una relación de vínculos directos con la clientela y estableciendo responsabilidades con relação a la mantención de la salud de aquella comunidad. El municipio de Londrina, a pesar de poseer una red de unidades de salud razonablemente estructuradas, tenía su modelo de atención pautado principalmente en la atención a la demanda espontánea de la población, de carácter curativo, siendo poco resolutivo; lo que demostraba un agotamiento de este modelo de atención. Para la superación de este, se priorizaron: el rescate del concepto de trabajo en equipo, el aumento de la cobertura asistencial con calidad y la intervención en los daños (enfermedad), pero también en los factores de riesgo de enfermar. Los principales desafíos identificados en la implementación de la estratégia fueron: la falta de preparación de los profesionales para la actuación en este nuevo modelo de atención, la dificultad del trabajo en equipo, el distanciamiento entre los niveles local y central y la poca participación de la población en el análisis de los problemas y planeamiento de las intervenciones. Para el enfrentamiento de estas trabas se estructuraron los grupos de apoyo a los equipos del PSF contando con la participación de profesionales de diferentes áreas, se organizó un proceso de educación permanente para los profesionales, en donde se producen los protocolos de atención para los equipos, y un curso de especialización en medicina familiar, específico para los profesionales médicos. También se organizaron talleres de integración servicio comunidad, en todos los barrios de la ciudad, para la aproximación de los consejos locales y equipos de salud de la familia y planificación del trabajo a ser desarrollado en las unidades con la participación de ambos. Se entiende que a pesar del programa reunir estratégias ya definidas en la implantación, lo mismo sólo representará mudanzas significativas en la asistencia a la salud de la población si los profesionales que en el actúan, más allá de "que sepan hacer", que articulen responsabilidades, libertad y compromisos, adicionando de esa forma mecanismos que transformen de hecho la práctica asistencial.

Brígida Gimenez Carvalho
Débora Favoreto Milani
Flávia Cimitan Mendes
Sônia Regina Nery
Marilda Kohatsu
Secretaría Municipal de Salud de Londrina/PR

El Programa de Salud de la Familia: evolución de su implantación en Brasil

El PSF se ha constituído en uno de los pilares del movimiento de reorganización del sistema de salud brasileño, siendo actualmente una política prioritaria de gobierno. La consolidación del PSF es, por otro lado, un proceso diverso y complejo, y estudios que analicen la heterogeneidad de su implantación en el panorama nacional aún son incipientes, aunque ya exista una considerable producción acerca de experiencias locales. Comprendiendo ser ésta una laguna importante, este estudio describe la evolución del proceso de implantación del PSF en Brasil, en el periodo de 1998 a 2001, buscando responder a las siguientes cuestiones: ¿En dónde se implantó el PSF?, ¿Cómo evolucionó el proceso de su implantación?, ¿Cuáles son las características de los municipios donde se implantó?. Para responder a estas preguntas, se realizó un estudio ecológico, cuya unidad de análisis fue el municipio. Se incluyeron todos los municipios (3.902) que implantaron el PSF hasta diciembre de 2001. El estudio se realizó con datos secundarios provenientes de los diversos sistemas de información de alcance nacional (SIAB, SIM, SINASC, SIA/SUS, SIH/SUS, Censo 2000 y estimativas poblacionales del IBGE). Las variables e indicadores se clasificaron en tres bloques: a) situación socioeconómica y demográfica de los municipios; y b) administración y financiamiento del SUS y complejidad de la red de servicios de salud; y c) implantación del PSF. Se creó una única base de datos a través de un sistema desarrollado "offline" y los datos se analizaron utilizando el software SPSS for Windows versão 10.0.1. Los resultados presentados demostraron, primero, la gran expansión de la estrategia de salud de la familia, a partir de 1998, por el progresivo aumento del número de municipios, estados y regiones en el país y ampliación de la cobertura en los municipios. Cubriendo, en 2001, 70,1% de los municipios brasileños, este proceso fue heterogéneo en las diferentes macroregiones. Conforme, al contrario de lo que era esperado, el análisis de los datos permitió identificar que la adhesión de los municipios más grandes al Programa fue prematuro. Observamos que, en el periodo hasta 1999, el PSF se implantó en 100,0% de los mayores municipios de 17 estados y en casi 70% de los municipios con más de 500.000 habitantes. Tercero, la implantación del PSF fue bastante expresiva en los municipios de administración plena del sistema, alcanzando 83,7% de esos municipios en 2001. Y, por fin, hubo una gran ampliación en municipios pequeños en los últimos años, donde el PSF se ha implantado con altas coberturas poblacionales.

MEDINA, M.G.
PEREIRA, R.A.G.
HARTZ, Z.M.A.
SILVA, L.M.V.
Universidad Federal de Bahia
Instituto de Salud Colectiva
Polo de Capacitación, Formación y Educación Permanente
del Personal para Salud de la Familia Bahia
Escuela Nacional de Salud Pública/FIOCRUZ
Universidad Federal de Bahia
Instituto de Salud Colectiva.

El "acoger chapecó" y la mudanza del proceso de trabajo en el Programa Salud de la Familia (PSF)

Acoger Chapecó, proyecto implantado en Chapecó, SC, tiene por objetivo construir un modelo de asistencia centrado en el usuario y sus necesidades. Producir el cuidado a través de las directrices del Modelo en Defensa de la Vida (Campos, 1994; Merhy, 1994, 1997; Silva Jr., 1998).

Su implantación se dirige a la reorganización del proceso de trabajo, impulsado por dispositivos institucionales creados para la mudanza en la asistencia a la salud. Gran parte de la red está organizada en Unidades de Salud de la Familia, lo que sugirió la reorganización del PSF, con base en las directrices del Acogimiento, Vínculo, Resolutividad, Autonomización y Vigilancia a la Salud.

Se pretende con este proyecto, invertir las tecnologías del trabajo, de un modelo centrado en las tecnologías duras y leve – duras para otro con hegemonía de las tecnologías leve – duras y leves (Merhy, 1999, 2000), en la producción del cuidado.

Objeto – El objeto de la pesquisa es el proyecto "Acoger Chapecó".

Objetivos – Describir la propuesta de organización de la asistencia, y el proceso de trabajo, a partir del Acoger Chapecó y analizar evidencias de mudanza en la inversión de las tecnologías de trabajo en la producción del cuidado en el PSF.

Metodologia – Pesquisa bibliográfica de los modelos asistenciales, procesos y tecnologías de trabajo en salud, entrevistas con informantes clave y observación directa del proceso de trabajo.

Conclusiones – Los usuarios tuvieron atenciones más ágiles, a causa de la implantación del Acogimiento, que invirtió la asistencia medicocéntrica para una multiprofesional. Datos demuestran que el equipo de Acogimiento ha resuelto en promedio 30% de los problemas de salud. Se abrió una agenda médica, asociada a la eliminación de las "fichas" usadas para racionar el acceso.

Potencializó la capacidad de asistencia instalada.

Otras evidencias de reorganización del proceso de trabajo se pudieron verificar a través de la enfermería, que está más presente en el proceso decisorio clínico y en la asistencia directa al usuario. La mejor relación de equipo durante el trabajo, interaccionando saberes y haceres.

Se observou una mayor sensibilidad de los profisionales para el cuidado a los usuarios, humanizando las relaciones. Se mudó el criterio de riesgo para la clientela que busca asistencia, fortaleciendo el "riesgo social" como criterio para determinar los proyectos terapéutico cuidadores.

Túlio Franco
Mirvaine Panizzi
Doctorando en Salud Colectiva Unicamp
Directora de la Secretaría Municipal de Salud de ChapecóSC

Elementos para la elaboración de un proyecto de promoción a la salud de los adolescentes: la mirada de los profesionales de salud del Programa de Salud de la Familia (PSF)

Los daños a la salud de los adolescentes están frecuentemente asociados a la expresión de la sexualidad, a la violencia y al abuso de alcohol y drogas. Esos daños y sus consecuencias son más expresivos entre los adolescentes de los asentamientos localizados en la periferia del Distrito Federal. Una de las formas de enfrentar esos daños es promover la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la atención básica a partir de acciones implementadas por el PSF.

Objeto – Promoción a la Salud de los Adolescentes en el contexto de las acciones básicas.

Objetivos – Obtener informaciones junto a los profesionales de salud del PSF para orientar la elaboración de un proyecto de promoción a la salud y desarrollo del adolescente en el contexto del PSF en dos comunidades de baja renta del DF.

Metodologia – En este estudio se utilizó la técnica del grupo focal realizado con profesionales de salud del PSF de dos comunidades de baja renta del DF. Se utilizó un guía de entrevistas abordando temas como: ocupación del tiempo libre por los adolescentes; daños que más acometen a los adolescentes; elementos determinantes de esos daños; como enfrentar esa realidad, y la responsabilidad de los profesionales de salud del PSF.

Conclusiones – Los resultados revelan que: (1) mientras los muchachos vagan buscando algo que despierte su interés, las muchachas desempeñan tareas que exigen madurez y responsabilidades aún no alcanzadas; (2) aunque el embarazo no planificado, la violencia y el abuso de substancias sean frecuentes, el mayor problema de los adolescentes es la desesperanza en relación al futuro y a la falta de perspectiva de mudanza; (3) los problemas de los adolescentes tienen raíces en la exclusión social, que impone dificultades importantes en el desempeño de los papeles sociales, tanto de los adolescentes como de los padres; (4) el enfrentamiento a las enfermedades que acometem a los adolescentes se produce con un proceso de inclusión social con consecuente acceso a la renta, a la salud, educación, ocio y cultura a la familia; (5) los entrevistados reconocen la complejidad de las estrategias de inclusión social y, al mismo tiempo, reconocen la necesidad de participación de los trabajadores de salud del PSF, por lo tanto precisan perfeccionar sus habilidades en la aproximación a los adolescentes y perfeccionar sus conocimientos relacionados con la promoción a la salud y desarrollo de ese grupo.

Muza, Gilson
Costa, Marisa
Secretaría de Salud del Distrito Federal

Programa de Atención al Paciente Crónico Grave (PAPCG): una estrategia para equipos de Salud de la Familia

El PAPCG se implantó con el objetivo de atender a los pacientes crónicos de alta complejidad con alto índice de reinternación hospitalar y garantizar la continuidad de la asistencia en el domicilio, envolver la familia y mejorar la adhesión al tratamiento.

La metodología usada es el "Gerenciamento de Casos". La secuencia de eventos en el PAPCG es: 1) *Captación de casos para el equipo:* por referencia del cuerpo clínico hospitalar, por los equipos, por demanda espontánea y por busca activa.2) *Evaluación Inicial del Paciente:* a través de la visita domiciliar, se evalúan los criterios de elegibilidad y se realiza el catastro del paciente a través de averiguación epidemiológica.La averiguación evalúa: la Capacidad Funcional del paciente por el Índice de Vida Diaria , percepción de Estándar de Vida a través del Índice de Estándar de Vida. Se registran históricos de internación, evaluación de ambiente domiciliar, incluyendo evaluación socioeconómica. Según el Criterio de Clasificación Económica de Brasil, identificación de los cuidadores y análisis de necesidades generales del paciente.3) *Atención:* se implementa de varias acciones: definición del gerente del caso; atención directa del equipo; potencialización del tratamiento, a través de chequeo, resignificación y administración de medicación además de adquisición de insumos si fuera necesario; retorno de informaciones al médico asistente; realización o facilitación de curaciones; facilidad de acceso a los servicios de salud; entrenamiento de los cuidadores domiciliares; realización de talleres con los cuidadores; establecimiento de sociedad con SUS si fuese oportuno.

Después de 18 meses de actuación del PAPCG, hubo reducción de 88% del promedio de internaciones de esta población, o sea, el promedio de internaciones / año pasó de 2,7 para 0,3.

El PAPCG es plausible en salud pública, com buena aceptación por parte del cliente y por el cuidador. La implantación del PAPCG del IPSEMG produjo una tendencia distinta de modificación del modelo de internación de pacientes crónicos graves. La implementación del plan terapéutico, en que el cuidado es una de las acciones fundamentales para el éxito del PAPCG ha provocado cambios significativos en el comportamiento de la familia/cuidador, de los médicos asistentes y del paciente.

LOPES, ÂNGELA M.F.; MENDONÇA, VALDA M. F.; CHAVES, SANDRO R.; AMADO, ROBERTO; BITTENCOURT, ROBERTO J.; SÁ, VALÉRIA M.M.; RIMULO, ALCIONE L.M.; TEIXEIRA, BRENO C.; OLIVEIRA, ELIZABETH H.; SILVA, ÊNIO R.; BASSI, MARIA L.Z.; CHAVES, MÔNICA.

La definición de las atribuciones y competências para o PSF en el municipio de São Paulo la construcción conjunta y el uso de tecnologías alternativas

Para asegurar los objetivos de calidad en los procesos organizativos de la estructuración del Sistema Municipal de Salud en la capital de São Paulo, se hizo necesario construir consensos en torno a las responsabilidades y/o competencias y atribuciones de la Red de Apoyo de implantación del P S F , que se forma, desde el agente comunitario de salud / equipos / coordinadores distritales / directores de las U B Ss, directores de los Distritos de Salud, interlocutores regionales, Instituciones Socias y Coordinación Central del P S F. Se vuelve necesario por lo tanto, orientar las responsabilidades de cada instancia de esta Red.

Este trabajo presenta la construcción, desarrollo y evaluación de la propuesta de construcción integrada y participativa de este conjunto de atribuciones. Se destaca también la metodología del trabajo adoptada en la conducción del proceso, caracterizando nuevas formas de "hacer" que el trabajo en conjunto suceda efectivamente.

El uso de vivencias interactivas fue una variable facilitadora del proceso, sensibilizando y mobilizando a los actores sociales envolvidos.

Como resultados finales tenemos la construcción de los compromisos y atribuciones conjuntas y específicas, presentadas a través del Manual Técnico publicado por la Secretaría Municipal de Salud: DOCUMENTO ORIENTADOR – RESPONSABILIDADES DE LA RED DE APOYO A LA IMPLANTACIÓN DEL P S F.

Son también presentados y discutidos subsidios importantes obtenidos con el desarrollo del conjunto de actividades y, incorporados a la continuidad de la programación de trabajo de la propia Red de Apoyo.

Laís Helena Ramos
Patrícia Pereira de Salve
Secretaría Municipal de Salud de São Paulo

Coordinación de comunicación, información y vigilancia a la salud (CIVILES) – una propuesta de integración de las modalidades de atención domiciliar del programa de Salud de la Familia con las actividades de vigilancia a la salud en una unidad básica de salud

El PSF ha lanzado nuevos desafios para los servicios de atención primaria, en el sentido de una reconfiguración de su estructura tecnológica más "clásica". En el presente trabajo, destacamos especificamente los desafíos que se han traído por las nuevas propuestas de acción domiciliar y comunitaria (atención domiciliar, las diferentes actuaciones de los ACS etc.), teniéndose en cuenta las acciones domiciliares y comunitarias que ya eran desarrolladas por el servicio. Es necesario resaltar que el servicio en cuestión cuenta con una sólida tradición tecnológica en el área da vigilancia a la salud, que lanza sus raíces en la Vigilancia Epidemiológica (VE) "clásica", ampliada en las últimas dos décadas por diversos desarrollos tecnológicos (Acciones Programáticas en Salud, diferentes propuestas de Vigilancia a la Salud etc.) que, en la práctica, significaron una ampliación de las situaciones bajo vigilancia, sobre todo de aquellos detectables en el momento de la asistencia (DST, CA ginecológico etc.), así como la ampliación del criterio para solicitación de Visita Domiciliar, actividade originalmente ligada a las propuestas de VE "clásica" (cobertura de foco, TB faltoso en la consulta etc.), que pasó a ser extendida a otras situaciones de riesgo (gestante que falta a la consulta, control de los exámenes alterados etc.). Presentamos, en este trabajo, como las nuevas propuestas de actuación domiciliar del PSF se han incorporado a un servicio que ya presenta todo ese conjunto de acciones domiciliares, hasta aquí relacionadas a una racionalidad epidemiológica. La respuesta se ha concretizado en una propuesta de integración de los dos conjuntos de acciones en el domicilio, tomando como núcleo tecnológico básico el ya existente sistema interno de vigilancia de faltones y exámenes alterados. El resultado se ha caracterizado como una coordinación general para todos los sistemas de información en el servicio, que envuelva o no acciones específicas de carácter domiciliar o comunitario, además de difusión de informaciones. La nueva área de actuación se ha denominado CIVIS (conforme el título) y, más allá de coordinar el sistema de vigilancia a la salud y acciones en el domicilio y en la comunidad, ha aglutinado otras acciones de potencial impacto en la calidad del servicio y en la salud de la comunidad, y de algum modo ligadas a la gestión de información y del conocimiento: organización de un guía de referencia y contrarreferencia informatizado; integración del servicio a la red social del barrio; implantación de sistemas de gestión del conocimiento colectivo en salud; prestación de servicios en linea.

Ricardo Rodrigues Teixeira
Liliam Saldanha Faria
Unicamp
Centro de Salud Escuela Samuel B. Pessoa
Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP.

Desarrollo multiprofesional contínuo via web para equipos de Salud de la Familia

El IPFEMG instituyó , a partir de 1999, el Programa IPFEMGFamilia para atender a los funcionarios públicos de Minas Gerais y sus dependientes. Se constituyeron equipos multiprofesionales, denominados Núcleo IPFEMG Familia – NIF compuestos por médicos, dentistas, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros. El foco del programa es la PROMOCIÓN Y VIGILANCIA A LA SALUD, lo que requiere una capacitación diferenciada y contínua, más allá de la apropiación de habilidades profesionales específicas al nuevo contexto de atención. Aunque, la distribución geográfica de los equipos en todo el territorio del estado, dificulta y encarece el proceso de desarrollo de esos profesionales. Para hacer frente a estos desafíos, el IPFEMG lanzó su SISTEMA DE DESARROLLO MULTIPROFESIONAL CONTÍNUO, VIA WEB DMC.

Objetivos – Desarrollar, por medio de cursos via web, las aptitudes de los profesionales de salud del Programa IPFEMGFamilia.

Metodología – Para implantación del DMC fue necesaria la estructuración de un conjunto de herramientas, softwares y metodologías. Los procedimientos para el funcionamiento del DMC se estandarizaron en reglamentos.

Se desarrollaron los cursos Salud de la Mujer, Salud Cardiovascular, Promoción y Estándar de Vida, Gestión para la Obtención de Resultados, Talleres de Dinámica de Grupo.

Para garantizar el éxito de los cursos, se montó una estructura funcional que incluye un trabajo integrado entre autores, tutores, alumnos, equipo técnico y de suporte. Los cursos ya han sido realizados por varios profesionales de los NIF en diversas ciudades de Minas Gerais. Para evaluación de los resultados obtenidos por el DMC, se usan diversas herramientas como "Pesquisa Servqual", "Grupos Focales", Pesquisas de líneas de base y de corte, ejercicios, evaluaciones y comentarios de los alumnos a lo largo de los cursos.

Conclusión – La experiencia del IPFEMG en el desarrollo profesional via web, en equipos de salud, está siendo muy rica y sirviendo como referencia para la realización de nuevos proyectos de educación via web. La presentación abordará la metodología utilizada para desarrollar, realizar, evaluar los cursos, y, principalmente aspectos prácticos como los resultados obtenidos.

Maria Cristina Gonçalves Torres
Rubem Myrrha
Instituto de previsión de los funcionarios del Estado de Minas Gerais – IPSEMG

Evaluación del "Programa de Salud de la Familia" (PSF) en Rio Grande do Sul (RS). La utilización del sistema de información de la atención básica (SIAB) para asistencia en hipertensión arterial sistémica – 2002

RS tiene 465 equipos del PSF distribuidos en 263 municipios, con cobertura de 13% de la población total del Estado. En 163 municipios la cobertura es de 100% de la población. Se evaluó el conocimiento de las informaciones contenidas en el SIAB relacionadas a la HAS, daño que debe ser la preocupación de cualquier equipo de salud de cara a su magnitud, transcendencia y vulnerabilidad.

Metodología – Se optó por evaluar a través de un estudio transversal, los municipios con toda la población cubierta por el PSF y los equipos que estuviesen en actividad por lo menos hace un año. En estos casos, el apoyo a los servicios de Atención Básica debe ser semejante y así se puede alcanzar una mejor calidad de atención a la salud. La muestra se restringió a 68 municipios en un total de 88 Equipos de Salud de la Familia (ESF). Se buscó evaluar a través de la aplicación de un cuestionario estandarizado a los enfermeros de los ESF vinculados al equipo actual hace más de tres meses y hace más de un año en el PSF, la utilización de los datos del SIAB relacionados a la HAS, a saber: población limitada, prevalencia del daño e internaciones hospitalares resultantes de Infarto Agudo del Miocardio (IAM) y Derrame Cerebral (DC).

Resultados – En 100% de los ESF evaluados, los enfermeros dijeron conocer a la población general del área de alcance del equipo y los valores mencionados coincidieron con aquellos contenidos en el SIAB. Para una *población mayor de 20 años*, 39% informaron conocerla y en 50% de estos los datos coinciden con los del SIAB; *prevalencia de la HAS en el municipio*, 69% la conocerían y hubo coincidencia con el SIAB en 26%; *prevalencia de la HAS en el área*, 48% dijeron conocerla y de estos, 38% refirieron valores coincidentes con aquellos del SIAB; *internación por IAM*, 70% afirmaron conocerlo y la coincidencia con el SIAB estuvo presente en 28%; *internación por DC*, 69% informaron conocerlo y de estos, 24% refirieron valores coincidentes con los del SIAB.

Conclusión – La utilización del SIAB, por los enfermeros de los ESF evaluados, para atención básica a la HAS es muy baja considerándose la importancia de esta enfermedad y de la disponibilidad del sistema de informaciones, herramienta indispensable para la planificación de acciones y de organización en salud.

CLÁUDIO A. BANDEIRA MEDINA
JOSÉ I. LERMEN
TEREZINHA MARASKIN
CARMEN ESTIMA
SILVIA TAKEDA
Secretaría Provincial de Salud del Estado de Rio Grande do Sul
Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre/RS
Hospital Nuestra Señora de la Conceição – Porto Alegre/RS

Prácticas de integración enseñanzaserviciocomunidad: una experiencia de educación médica en atención básica en un currículum PBL

La formación graduada de profesionales de salud ha sido objeto de discusiones actuales. Estrategias pedagógicas dirigidas a la integración básicoclínico, inserción precoz del aluno en servicio, diversificación de escenarios de aprendizaje y contenidos curriculares orientados para la realidad de la salud han sido implementadas en escuelas médicas del país. El curso de medicina de la Universidad Estatal de Santa Cruz se implantó en 2001, adoptando el modelo de Aprendizaje Basado en Problemas–PBL, estando estructurado en módulos interdisciplinares. Uno de los módulos del curso se denomina Prácticas de Integración EnseñanzaServicioComunidad–PIESC, que ocurre en las cuatro primeras series, a lo largo del año.

Objetivo – Se propone describir el PIESC como escenario de aprendizaje en la atención básica en el curso de medicina de la UESC.

Metodología – El PIESC es un módulo longitudinal, con una carga horaria de 135 horas anuales, en un turno por semana, desarrollado en grupos de 10 alumnos, dos instructores, en sociedad con la comunidad y los servicios de salud en un área de Programa de Salud de la FamiliaPSF. Utiliza la metodología de la problematización, en la cual la observación de una realidad se constituye el hecho motivador del proceso de aprendizaje. Los momentos de desarrollo son: observación y diagnóstico de la realidad, identificación de problemas de salud, priorización de problemas de salud, teorización del problema priorizado, planificación e intervención sobre la realidad observada. En todos los momentos la participación de la comunidad es privilegiada, utilizándose el Planeamiento Estratégico Situacional como herramienta. En la primera serie, el foco de trabajo es la comunidad, siendo el alumno dirigido a la realidad colectiva. En la segunda serie, el foco es la organización y gerenciamento de servicios y unidades básicas de salud. En la tercera serie, la inserción del alumno ocurre a partir de familias acompañadas, ocurriendo el inicio de la práctica de saberes, habilidades y competencias exclusivas del profesional médico. Considerando el currículum en implantación, todavía no se ha planeado la cuarta serie.

Conclusión – La inserción de graduados del área de la salud, en particular estudiantes de medicina, en servicios de atención básica, con énfasis en el PSF, proporciona y colabora para la consolidación del SUS, la formación de profesionales éticos, humanos con aptitudes y habilidades para trabajar en/y con grupos, responsables y comprometidos con la atención individual y colectiva y para la revisión curricular.

Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro
Adriana Benjamim Leal
Ana Maria Dourado Lavinsky Fontes
Cristina Setenta Andrade
Evani Moreira Pedreira Santos
Marilene de Oliveira Araújo
Rosane Lopes Araújo Magalhães
Comisión de Planificación del PIESC
Universidad Estatal de Santa Cruz – UESC

Desarrollo de propuesta del trabajo para la inserción del abordaje familiar en el proyecto Salud de la Familia

El Programa Salud de la Familia (PSF) fue implantado por el Ministerio de Salud en 1994, pretendiendo la universalización de la atención básica de salud, a través de un modelo que asegurase a las familias el acceso a los cuidados primarios de salud y la mejora en el estándar de vida. La Secretaría de Salud del estado de Ceará (SESA), definió el PSF como base estructurante de un nuevo modelo de salud en 1994. Esta concepción de modelo en salud difiere del modelo biomédico que centra el abordaje del profesional de salud en la perspectiva del individuo aislado del contexto familiar y sociocultural, visto a partir de la enfermedad. El PSF amplía el concepto de salud y el abordaje es centrado en el nuevo objeto de atención que es la familia. Con el nuevo objeto de atención, se siente la necesidad de insertar la familia en los cursos de la Escuela de Salud Pública de Ceará (EspCe)

Objeto – Propuesta de trabajo para discutir la inserción del Abordaje Familiar en los currículos de los cursos de Proyecto Salud de la Familia

Objetivos – Contribuir para la elaboración de objetivos de aprendizaje de las unidades y módulos sobre el Abordaje Familiar de los cursos de Proyecto Salud de la Familia: Especialización en Salud de la Familia y Residencia Médica y de Enfermería en Salud de la Familia con la participación de los docentes de la ESPCe y técnicos de la SESA.

Metodología – La metodología utilizada fue Historia de Vida, Estudio Dirigido, Presentación de Vídeo, Vivencias y Discusiones en Grupos para la construcción de los objetivos de aprendizaje de los cursos del Proyecto Salud de la Familia en torno al abordaje familiar.

Conclusiones – La propuesta favoreció la construcción de aptitudes y habilidades que subsidiaron los objetivos de aprendizaje (objetivos generales y específicos), el desarrollo/personal/habilidades, así como la definición de métodos de enseñanzaaprendizaje (sesión tutorialPBL, método adoptado en la EspCe, Estudio Dirigido, Exposición Interactiva, Talleres Vivenciales y de Trabajo). Se discutió también la necesidad de los profesionales de salud del PSF que desarrollaron el autoconocimiento para trabajar con los valores de las familias y de las comunidades.También favoreció y dio la oportunidad de participar a todos en la elaboración de los objetivos de aprendizaje, basado en los contenidos y conocimientos previos, resignificando y fundamentando la propuesta ya existente en los cursos y residencias de la EspCe subsidiando el proceso de enseñanzaaprendizaje de los participantes de los cursos (médicos y enfermeros del PSF) en el Estado de Ceará.

Anair Holanda Cavalcante
Escuela de Salud Pública de Ceará

El perfil de los Agentes Comunitarios de salud: La construcción de un saber

Una cuestión que polemizó la incorporación de los agentes comunitarios en el trabajo en salud en las grandes ciudades fue el temor de que la actividad de estos profesionales pudiese duplicar inadecuadamente el propio trabajo de los profesionales de enfermería.

Partiendo de la premisa de que el papel de los agentes debería ser el de un elemento de la comunidad fomentador de transformaciones en las prácticas de la salud y no el de un ejecutor de acciones de enfermería, se realizó una experiencia en el CSE buscando reconocer el perfil y el papel de estos agentes.

Material – Se constituye un grupo formado por la autora (médica higienista con formación en salud mental), una enfermera y doce agentes comunitarios que se reunió semanalmente durante 6 meses. .

Método – Manejo de grupo por técnica operativa, en un movimiento de aproximación con los problemas de salud de la comunidad, objetivo de los agentes, reconocimiento y posterior análisis de estos problemas. Propiciando el intercambio de ideas entre todos los participantes, la emergencia de lo desconocido y reconstrucción del conocimiento. Los datos se compilaron como un informe de campo

Resultados – Se trabajaron puntos importantes como la ambigüedad de los agentes (promotores y beneficiarios de las acciones), sus prejuicios, la moralidad y la cuestión del sigilo. Igualmente se presentaron y discutieron las fantasías, idealizaciones y el desconocimiento, por parte de la unidad de salud acerca de la comunidad.

Conclusión – El agente comunitario es el elemento que propicia en el grupo de salud la reconstrución de una narrativa acerca de las familias y de las comunidades llevando a un conocimiento que haga viable una mayor eficiencia de las acciones promotoras de salud.

DULCE MARIA SENNA
Centro de Salud Escuela "Dr. Samuel Barnsley Pessoa"
Dpto de Medicina Preventiva FMUSP

Abordaje interdisciplinar en el ámbito de la familia: relato de experiencia

El presente trabajo tiene como objeto de estudio el relato de experiencia de un equipo multiprofesional de residentes de la Especialización en Medicina Social – ISC/UFBA, en 2002 activo en el servicio de salud Complejo Comunitario Vida PlenaCCVP en el Distrito Sanitario de Pau da LimaDSPL, Salvador/BA acerca del uso de un Protocolo de Intervención Familiar. Este protocolo consiste en un instrumento metodológico, en experimentación, inspirado en el modelo asistencial cubano que pretende posibilitar un abordaje sistémico de la familia, valorizando el aspecto biopsicossocial del individuo y su familia. Este instrumento está compuesto por la identificación del usuario, historia psicosocial, condiciones de residencia y saneamiento, familiograma con diagrama de las relaciones familiares, historia de enfermedades, inventario de los datos de la familia y del individuo, objetivos a corto y medio plazo, acciones propuestas con definición de los responsables, inicio y término de las acciones, indicadores y periodicidad de la evaluación así como resultados alcanzados. El trabajo se da a través de la utilización in locus del instrumento por todos los miembros del equipo. Tiene como objetivo divulgar la experiencia de la sistematización del uso de este instrumento por un equipo multiprofesional de residentes en algumas familias de riesgo asistidas por el servicio de salud. De esta forma, se espera que la divulgación de esta experiencia posibilite la adopción de este protocolo por otros servicios de salud, permitiendo una mejor comprensión del concepto de la interdisciplinaridad a partir de su ejercicio en la práctica en salud.

Ana Carolina Lavigne
Carolina Pedroza de Carvalho
Laíse Rezende
Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahia
Secretaría de Salud del Estado de Bahia

Educación popular y atención primaria a la Salud de la Familia

Educación Popular y Atención Primaria a la Salud de la Familia es un proyecto de extensión desarrollado hace seis años en una comunidad de la periferia de João Pessoa PB, teniendo como herramienta de trabajo la Educación Popular vislumbrada por Paulo Freire, sob a ótica de Atenção Primária Integral à Saúde. Defende o conceito de integralidade, com a finalidade de formar um profissional mais socialmente compromissado. Estudantes de 11 cursos das ciências da saúde e sociais se organizam em duplas interdisciplinares e realizam visitas semanais as famílias da comunidade promovendo ações preventivas e mobilizadoras para o desenvolvimento de atuações em políticas de saúde. Através de atividades coletivas, da rádio comunitária, do curso pré vestibular, grupos de discussão de gestantes e de coluna, do acompanhamento psicológico, acompanhamento nutricional, acessoria jurídica, articulação com os serviços de saúde, participação direta na reunião da Associação de Moradores e da participação constante da comunidade como parte integrante e agente transformador das ações do projeto e capacitações. Este visa contribuir na formação acadêmica, aproximando o estudante a realidade social a qual se trabalha, compreendendo a dinâmica do processo saúdedoença e buscando formas de intervenção técnica respeitadoras de seus interesses e sua cultura de forma integrada à rede de serviços do SUS e aos movimentos sociais locais; pesquisar sobre os caminhos de intervenção educativa e sanitária. As visitas às famílias são de forma semanal e permanente. Criandose vínculos de compromisso do estudante para com a família, valorizando o seu discurso e sentindo uma condição de igualdade com elas, transcendendo a visão puramente técnica da visita, observando, o aspecto biopsicosocial. Semanalmente são realizadas reuniões com discussões sobre Atenção Primária à Saúde e casos vivenciados na comunidade, recebendo visitas de outros grupos e profissionais de saúde coletiva que colaboram nas temáticas referidas. Verificase, neste momento, um aprendizado com as diversas formas de saberes existentes com a população local; amadurecimento metodológico, de sensibilidade e de reflexão para se intervir de forma exata nas demandas inerentes à comunidade, através dos vários espaços de capacitação e discussão.

Alessandra Nunes de Melo
Janalyne de Carvalho Correia Moreira
Joedna Souza de Medeiros
Juciany Medeiros Araújo
Liana Mirela Souza Oliveira
Mário José de Araújo Neto
Renata Rolim de Sousa
Ricardo Sousa Soares
Roberto Mendes dos Santos
Vinícius Ximenes M. da Rocha
Waneska Martins Pereira
Eymard Mourão Vasconcelos
Wilton Padilha
Universidad Federal de Paraíba UFPB

El PSF y los indicadores de la atención básica (pacto 2002): un primer análisis en municipios del estado de mato grosso

El Sistema Único de Salud homologado por la Constitución de 1988 y por las Leyes Orgánicas de la Salud introdujo elementos con potencial conducente a avances en el campo de la salud. Dentro de estos, el cambio de la lógica curativa sobre la preventiva, expresa también en el principio de atención integral con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de las asistenciales. El Programa de Salud de la Familia (PSF) surge en 1996 en el País como uma estrategia política en salud que pretende la implementación del SUS según aquellas premisas. En el Estado de Mato Grosso los primeros equipos del PSF se implantaron en 1997 y en 2001 la mayoría de los municipios ya tenía parte de su población cubierta por el programa. El objetivo de este trabajo es analizar algunos de los indicadores de salud propuestos por el Ministerio de Salud en el Pacto de la Atención Básica (2002) en municipios de MT, con distintas coberturas del PSF. Se estudiaron 16 municipios de distintos tamaños, nivel sociosanitarios y coberturas del PSF, sobre los cuales se recolectaron, del DATASUS y de las Secretarías Estatal y Municipal de Salud, datos para la consolidación de los indicadores del Pacto 2002. El análisis de la evolución de estos indicadores, de 1996 a 2001, poco se puede informar sobre la repercusión del PSF en la Atención Básica. Aunque, muchos puntos para una reflexión se analizaron, entre los cuales se destacan: a) número reducido de algunos eventos, en municipios pequeños, cuya variación casual dificulta el análisis; b) eventos de curso retardado, cuyos indicadores solamente deben reflejar una mejora, en medio y largo plazo; c) eventos cuyo "empeoramiento" puede ser consecuencia de mejora del sistema responsable por ellos; d) interferencia de la calidad del relleno del instrumento de recolección de datos, cuando la epidemiología no es la lógica que orienta; e) dificultad de acceso a datos para la construcción de indicadores específicos. Se destaca la importancia de la estandarización de un conjunto de indicadores para el acompañamiento de la Atención Básica, y de la pactación de sus parámetros, por los municipios y estados. Se resalta, y así y todo, la necesidad de mayor plazo para la evaluación de la evolución de esos indicadores y principalmente la necesidad de ajustes concomitantes a su utilización, que los tornen más fidedignos y útiles. .

Andrea Jacusiel Miranda
João Henrique G. Scatena
Faculdad de Ciencias Médicas – UFMT
PIBIC/ISC-UFMT
Instituto de Salud Coletiva – UFMT

Implantación de proposición alternativa de catastro de familias alcanzadas por el PSF

El PSF se implantó en el Municipio de São Paulo a partir de 2001, en contexto de cuestionamientos acerca del SIAB, entre estos, la insuficiencia de la FICHA A en términos de la: individualización de los datos personales y de recolección de datos relevantes a la situación de un gran centro urbano. Aún , se apunta la insuficiencia de los informes gerenciales para instrumentalizar las acciones en la unidad. Como respuesta a estas críticas, se formuló un CATASTRO ampliado, conteniendo además de los datos de la FICHA A, datos exigidos por el Tarjeta Nacional de Salud (TNS) e inclusión de nuevos daños a la salud, situaciones de riesgo a la salud y violencia. Este CATASTRO busca ser una "anamnesia" de la familia, instrumento orientador del trabajo a ser realizado en el domicilio y en la unidad de salud; permitiendo, todavía, la individualización de los datos personales cogidos por el catastro de modo que sean posteriormente relacionados con datos también individualizados de atención en la unidad. Es compatible con el actual sistema para la salud de la familia (SIAB) así como con el TNS.

Objetivos – Evaluar la viabilidad de su implantación y la pertinencia y relevancia como instrumento gerencial; evaluar la cualidad de los datos para la formulación de diagnóstico de salud del área de alcance de las acciones.

Metodología – El CATASTRO se implantó en 4 equipos del PSF en 2 Centros de Salud Escuela en la ciudad de São Paulo, uno de ellos localizado en la región central de la ciudad y el otro en una región periférica. Se elaboró un software para la entrada de datos, crítica y exportación para el SIAB y TNS, además de la vinculación con datos de atención en la unidad. Las principales variables analizadas fueron las relativas a los daños y condiciones de salud referidos, edad, sexo, renta, escolaridad, número de personas en el domicilio, habitación y tiempo de moradia en el barrio.

Resultados – No existe correlación significativa entre las variables relativas a las condiciones de vida y a los daños y condiciones de salud referidos. Sin embargo, los datos relativos a las condiciones de vida mostraron la existencia de subáreas más homogéneas y geográficamente circunscritas.

Conclusiones – 1) El CATASTRO es operacionalmente viable, aunque el ritmo de su aplicación sea más lento que el de la FICHA A; 2) los datos adicionales permiten un diagnóstico de salud más preciso, así como visualizar las subáreas más vulnerables; 3) el proceso de catastro permite identificar familias más vulnerables y instrumentalizar el trabajo del equipo; 4) el CATASTRO vinculado a los datos de atención facilita la emisión de informes gerenciales.

SALA, A; SIMÕES O; LUPPI, C. G; NOVAES, H. M. D
Centro de Salud Escuela/FMUSP
Centro de Salud Escuela/FCMSCMSP
Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP

Catastro ampliado en Salud de la Familia como instrumento para el diagnóstico de vida y salud de la población

Con la implantación del PSF en el Municipio de São Paulo a partir de 2001, se formuló experimentalmente un CATASTRO de familias en 2 Centros de Salud Escuela, que amplía el conjunto de datos exigidos por la FICHA A, incluyendo los datos exigidos por la Tarjeta Nacional de Salud, además de nuevos daños a la salud, situaciones de riesgo a la salud y violencia. Este CATASTRO ampliado busca ser un instrumento orientador del trabajo en la unidad de salud, en el domicilio y en la actividad gerencial y de vigilancia a la salud.

Objetivos – Explorar el CATASTRO como instrumento para diagnóstico de salud de una población alcanzada por el PSF; comparar los indicadores construidos a partir del CATASTRO con la impresión más subjetiva de los agentes comunitarios de salud (ACS) acerca de las microáreas.

Metodología – El CATASTRO se implantó en 2 equipos del PSF en el Centro de Salud Escuela Samuel Pessoa de la FMUSP (CSE), en la ciudad de São Paulo. Se analizaron variables relativas a: daños y condiciones de salud referidos, edad, sexo, renta, escolaridad, número de personas en el domicilio, habitación, cobertura de convenio de salud y tiempo de moradia en el barrio. Se construyó un medidor de puntuación de la situación de vida (MPSV) de cada microárea. Por fin, se solicitó a los ACSs que jerarquizasen las 12 microáreas que componen el área de actuación del CSE, Según la dificultad para la realización del trabajo en salud. Se calculó la puntuación que sintetiza la opinión de estos ACSs.

Resultados – No existe correlación significativa entre el MPSV de cada microárea y la prevalencia de daños y situaciones de salud referidas. Existe correlación significativa entre el MPSV de cada microárea y las variables de escolaridad entre 20 y 29 años de edad, renta familiar per capita, número de personas por habitación para dormir, porcentaje de familias cubiertas por convenio de salud, tiempo de residencia en el barrio y proporción de niños menores de 12 años, como considerados en su promedio por microárea. Se identificaron 3 subáreas homogéneas con comportamiento distinto de los indicadores. El MPSV posee correlación consistente con la puntuación de opinión de los ACSs.

Conclusiones – El CATASTRO es capaz de identificar subáreas de población expuesta a peores condiciones de vida, permitiendo, así, concentrar esfuerzos en estos locales donde la iniquidad expone más intensamente los individuos a daños a la salud. Tratar la población de un barrio como homogénea en su carencia (material, cultural, social) puede acentuar las efectivas desigualdades existentes en el plan de la salud y de la vida.

Sala, A; Simões O; Luppi, C. G; Novaes, H. M. D
Centro de Salud Escuela/FMUSP
Centro de Salud Escuela/FCMSCMSP
Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP

Elementos tecnoasistenciales en el análisis de la atención básica a la salud en grandes ciudades en brasil

El Programa de Salud de la Familia, introducido desde 1994 en el ámbito del SUS, presentó una significativa expansión del número de Equipos de Salud de la Familia con la transferencia de recursos federales del Piso de Atención Básica Fijo y Variable para los municipios a partir de 1998. Esta expansión ocurrió más intensamente en los pequeños municipios (más carentes de recursos sociales y sanitarios) y en ciudades de hasta 100.000 hab. Este proceso resultó, en parte, por la intención de ampliar la cobertura en áreas desamparadas y de mayor pobreza, y por la mayor capacidad de inducción de los incentivos financieros federales para los municipios menores, permaneciendo una gran laguna en el desarrollo del PSF en las grandes ciudades brasileñas.

Este trabajo objetivó reconocer algunos de los elementos relevantes de la organización y gerencia de los sistemas locales de salud y de los modelos tecnoasistenciales de grandes ciudades brasileñas e identificar donde la aplicación de inversiones financieras podría dinamizar la conversión de los modelos asistenciais tradicionales en la dirección de la expansión de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil.

En 2001, se realizó un análisis exploratorio, a través de metodología cualitativa, en 7 ciudades brasileñas (con más de 200.000 hab) donde el PSF aún es inexistente en la red SUS y en otras donde el Programa convive con el modelo tradicional de atención.

Se verificó la heterogeneidad de los modelos de inversión en salud en la atención básica; la fragilidad en los mecanismos gerenciales, de planificación y regulación de la atención básica y del PSF; la estrategia común de usar el PSF con el objetivo de inaugurar o extender la cobertura de acciones básicas de salud.

A pesar del PSF ser considerado por gestores como un modelo mejor de atención sanitaria, el Programa sufre grandes resistencias pues implicaría el aumento inicial de demandas médicas, en un gasto mayor con el sistema, en dificultades en la captación de profisionales capacitados y en la precariedad de los contratos de trabajo.

Se concluye que las inversiones en los planes de conversión deben ser direccionados por las condiciones de desarrollo de la atención básica y agrupadas a partir de tres condiciones dinámicas: la del Modelo Inaugural de Atención Básica, Modelo de Refuerzo de la Atención Básica y del Modelo de Reestructuración del Sistema.

César Favoreto
Sulamis Daim
Rosângela Caetano
Instituto de Medicina SocialUERJ

Integración del Programa de Salud de la Familia (PSF) a la red de servicios de salud

La estrategia de Salud de la Familia pretende, Según el MS, reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica, aunque se mantenga debate sobre sus características de selectividad y focalización. El presente trabajo presenta resultados de evaluación del PSF realizada en diez grandes centros urbanos con un abarcador trabajo de campo que incluyó: entrevistas a dirigentes sectoriales, cuestionarios rellenados por integrantes de los equipos y cuestionario aplicado a muestra de familias usuarias.

En este artículo se evalúan cambios del modelo asistencial relativos a la conformación del sistema integrado, analizando la constitución de la USF como puerta de entrada, la integración de la USF a otros niveles de complejidad y la presencia y uso de mecanismos de referencia.

Un sistema de salud integrado implica en jerarquización de servicios y existencia de servicio de primer contacto. Para funcionar como puerta de entrada, la USF debe ser accesible, constituirse en servicio de procura regular y servir de filtro y punto de partida del flujo por la red, en busca de una mejor opción de cuidado para cada necesidad, bajo coordinación del médico general.

El conjunto de criterios analizados evidencia que en la mayor parte de los municipios estudiados las USF todavía no se volvieron la puerta de entrada, careciendo de integración adecuada a los otros niveles de asistencia e inclusive con la restante red básica. Se identificaron diversas situaciones municipales: las USF sustituyeron todas las unidades básicas tradicionales, no ocurrió cualquier sustitución o los dos tipos de unidades conviven con o sin superposición. Los resultados sugieren que hay mayor probabilidad de la USF volverse puerta de entrada en las ciudades en que hubo sustitución de la red básica tradicional. En los municipios en que el PSF se implantó como programa paralelo, la USF era el servicio de procura regular para apenas un tercio de las familias y fue poco procurado en episodio de enfermedad ocurrido en os 30 días anteriores a la pesquisa. En cuanto a la constitución de una red integrada se identificó en mayor parte de los municipios estudiados la existencia de alguna regulación para establecimento de referencia y la estructuración, en algunos de ellos, de centrales de marcación de consultas, con definición de cuotas de servicios. Con todo la presencia de estos mecanismos no fue suficiente para el funcionamiento efectivo de un sistema de referencia. La mayoría de los profesionales de las ESF no reconoció la existencia de sistema integrado reiterando como dificultad la incipiente contrarreferencia.

LIGIA GIOVANELLA
SARAH ESCOREL
MARIA HELENA M. DE MENDONÇA
PATTY F. DE ALMEIDA
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Análisis del Programa Salud de la Familia en el município de Natal – RN: ¿innovaciõnes asistenciales?

El presente estudio está situado en el campo de las políticas de salud, dirigido a un análisis de la implementación de programas de salud. Refiriendose especificamente al análisis del Programa Salud de la Familia (PSF), buscaba levantar el mapa de sus posibilidades innovadoras de organización de las prácticas asistenciales, en la realidad singular del municipio de Natal/RN, en los años noventa. En una perspectiva más amplia, se sitúa en el contexto de la política de salud municipal, expresa la dinámica entre actores, institución y usuarios, representando una primera iniciativa de evaluación del proceso de implementación del PSF en ese municipio. El estudio comprendió un análisis bibliográfico y de documentos oficiales, además de la realización de entrevistas con actores clave de ese proceso. También se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, priorizándose la discusión de sus principales conceptos y marcos teóricos, así como su evolución histórica, a partir de las ideas originales de la medicina familiar y comunitaria. La autora examina el proceso de implementación del Programa en Natal (en el periodo de 1997 a 2000), a partir de estudios de casos múltiples, destacando: las concepciones de los distintos actores; fases y estrategias adoptadas; principales innovaciones asistenciales; límites a su operacionalización; y las expectativas de los actores en relación a los rumbos del PSF. Se seleccionaron para el análisis las experiencias de las unidades asistenciales localizadas en los barrios de Guarapes, Felipe Camarão y Cidade Nova, por ser las únicas pioneras en la implantación de este programa. Finaliza presentando los principales resultados de los casos, comparándolos y desarrollando, a partir de los mismos, un estudio de la correlación entre procesos de eficacia, desempeño, e impacto del PSF, seguido de proposiciones necesarias a su perfeccionamiento. Clave: Salud de la Familia; Modelo Asistencial; Políticas de Salud.

Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha
Médica, doctora en salud colectiva, coordinadora del Polo de Capacitación de Salud de la Familia de Rio Grande do Norte.

El enfermero: práctica profesional y construcción de la identidad

Este trabajo tiene por objetivo estudiar la identidad del enfermero en el Programa de Salud de la Familia (PSF), programa implementado por el Ministerio de la salud en 1994, y está siendo desarrollado en los equipos del PSF de diez municipios paraibanos. Para conocer el proceso de construcción de esta identidad elegimos las categorías vocación, ideal de servicio y autonomía, fundamentadas por teóricos de la sociología de las Profesiones. Para el desarrollo del trabajo partimos de algunas suposiciones: el PSF, al proponer una integración de los profesionales en los equipos de salud, permite al enfermero el control sobre su objeto de trabajo, posibilitándole delinear con mayor clareza, su identidad profesional; su identidad tiene una mejor definición en el PSF, una vez que este propone una nueva dinámica en los servicios, permitiendo un compartimiento de saberes y decisiones, confiriendo así, una mayor autonomía profesional en el proceso de trabajo en salud; El PSF da al enfermero un mayor prestigio social y político en el que tiene relación con las decisiones en el proceso de trabajo al proponer relaciones horizontales entre miembros del equipo; la propuesta de realizar un trabajo multidisciplinar e integralizado resulta en una directa en la identidad profesional.

Maria de Fátima Santos de Araújo
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Elaboración de instrumentos para evaluación del proceso de trabajo de equipos de Salud de la Familia: un desafío metodológico

El Programa de Salud de la Familia – PSF, lanzado en 1994, alcanzó, en 2002, una cobertura de aproximadamente 50 millones de personas, a través del trabajo desarrollado por 16.463 equipos implantados en todo el país (Brasil, 2002). Esa expansión singular ha propiciado estudios y reflexiones sobre el proceso de implantación del Programa en varios estados y municipios, así como el desarrollo de estudios y pesquisas sobre la capacitación y el proceso de trabajo de los equipos. Tomando en cuenta la diversidad existente en el desarrollo de las prácticas de los equipos del Programa en las diversas regiones del país, se coloca la necesidad de elaboración de propuestas metodológicas e instrumentos de monitorización y evaluación del trabajo de los equipos, pretendiendo su perfeccionamiento y teniendo en cuenta el alcance de lo integral del cuidado. En este sentido, el presente trabajo tiene el objetivo de presentar un conjunto de instrumentos de avaluación de la práctica del equipo de salud de la familia, construídos por ocasión de un estudio de caso realizado en Vitória da Conquista-Ba, en septiembre de 2001. El referido conjunto incluye 6 cuestionarios para ser aplicados, respectivamente a los diversos miembros del equipo del Programa (ACS, auxiliar de enfermería, auxiliar de odontología, odontólogo, médico, enfermero) con la finalidad de analizar la naturaleza de las prácticas realizadas por el equipo en 5 grandes categorías: planificación y organización en salud; promoción de la salud; protección de la salud; asistencia de la salud; reabilitación de la salud. Este conjunto de cuestionarios, verificados en un equipo seleccionado, se puede constituir en una tecnología multiuso que posibilite la evaluación y la monitorización periódica de las acciones de rutina de los equipos del PSF, como también servir de material didácticopedagógico para ser utilizado en procesos de formación y educación continuada de trabajadores de salud. Con la presentación del presente trabajo, se espera fomentar el debate sobre la tecnología de elaboración de instrumentos evaluativos autoaplicables, así como, discutir límites y posibilidades de la investigación de las prácticas de salud en el contexto del Programa de Salud de la Familia.

Andrea da Paixão Silva
Instituto de Salud Colectiva de la UFBA

Evaluación de equipos del Programa de Salud de la Familia (PSF) en Rio Grande do Sul (RS) en cuanto à la infraestructura para asistencia a la hipertensión arterial sistémica - 2002.

El Estado de RS tiene 465 equipos del PSF distribuidos en 263 municipios, con cobertura de 13% de la población total del Estado. En 163 municipios la cobertura es de 100% de la población. Se evaluó la infraestructura ofrecida al PSF para la asistencia a la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), daño que debe ser preocupación de cualquier equipo de salud por su magnitud, trancendencia y vulnerabilidad.

Metodología – Se optó por evaluar a través de estudio transversal, los municipios con toda la población cubierta por el PSF y los equipos que estuviesen en actividad hace por lo menos un año, pues en estos casos, el apoyo a los servicios de Atención Básica debe ser semejante y se puede alcanzar mejor cualificación de la atención a la salud. La muestra se restringió a 68 municipios en un total de 88 Equipos de Salud de la Familia (ESF). Se buscó evaluar las condiciones ofrecidas por el Administrador Municipal en relación a la infraestructura, a saber: existencia de equipamientos en buenas condiciones de uso, insuficiencia de medicamentos, acceso a exámenes laboratoriales y la disponibilidad de servicios de referencia.

Resultados – Equipamientos: esfigmomanómetros, estetoscopios, balanzas y cintas métricas se mencionó que estaban presentes en más de 90% de los ESF; oftalmoscopio en 57,4% y manguitos para obesos en 23% de las mismas. Exámenes Complementarios: 72% de los ESF tiene acceso a todos los exámenes evaluados (EQU, creatinina, potasio y colesterol séricos y glucemia en ayuno) siendo que en 66% de ellos, en cantidades suficientes. Serviços de referencia: 67% de los ESF disponen de acceso a servicios especializados para atención a casos de HAS. Medicamentos: 80% de los ESF evaluados disponen de los medicamentos estandarizados por el Ministerio de Salud, los cuales son: Propanonol, Hidroclorotiazida y Captopril y en 56% de ellos había también disponibilidad de Nifedipina.

Conclusión – La hipótesis inicial de falta de infraestructura para detección, acompañamiento y evaluación de hipertensos no se confirmó . La mayoría de los ESF dispone de equipamientos en buenas condiciones de uso, exámenes y medicamentos accesibles y en cantidades suficientes, así como disponibilidad de servicios de referencia.

CLÁUDIO A. BANDEIRA MEDINA
JOSÉ LERMEN
TEREZINHA MARASKIN
CARMEN ESTIMA
SILVIA TAKEDA

Análisis de las prácticas asistenciales en el área de la salud de la mujer en los equipos del Programa Salud de la Familia – un estudio de caso en un estado seleccionado.

El Programa Salud de la Familia está inserido en un contexto de decisión política e institucional de fortalecimiento de la Atención Básica en el Sistema Único de Salud. Considerado como estrategia estructurante de los sistemas municipales de salud, ha demostrado potencialidad para provocar un importante movimiento de reordenamiento del modelo de atención vigente.

Iniciado en 1994 presenta un crecimiento expresivo, principalmente en los últimos dos años cuando alcanzó la cobertura de más de 50 millones de personas.

Pretendiendo analizar los componentes de estructura y de proceso en la implantación de los equipos de salud de la familia, el Departamento de Atención Básica de la Secretaría de Políticas del Ministerio de Salud inició, en 2001, una investigación denominada "Monitoramiento de la Implantación y Funcionamiento de los Equipos de Salud de la Familia". A partir de las informaciones producidas en este Monitoramiento se desarrollo el presente trabajo.

El modelo utilizado en este estudio es del tipo evaluativo, que incorpora la evaluación normativa en su componente de estructura y proceso y promueve una pesquisa evaluativa, privilegiando uno de los tres componentes del análisis de implantación, o sea, lo que define los determinantes contextuales del grado de implantación de la intervención. El procedimiento escogido es el estudio de caso único con niveles de análisis imbricados, donde se consideró como unidad de análisis las prácticas asistenciales relativas al área de salud de la mujer en los equipos del PSF y el contexto de su implantación en un estado previamente seleccionado.

El estudio posibilitó clasificar los equipos de acuerdo con el grado de implantación de las prácticas asistenciales en el área de salud de la mujer. Se verificó que la mayoría de los equipos presenta grados intermediarios de implantación y un pequeño porcentaje se encuentra en los extremos de las clasificaciones muy crítica o adecuada; factores como tamaño poblacional y condición de gestión del municipio parecen no ejercer influencia en esta clasificación, ya la cobertura del programa en los municipios presenta asociación con los grados de implantación y apunta a la preocupación de un proceso de expansión disociado de condiciones de estructura y proceso necesarias al buen desempeño de los equipos; la carga horaria de trabalho de los profesionales de los equipos presenta asociación con mejores grados de implantación.

Este análisis, y así y todo, requiere ahondamiento metodológico en el sentido de ampliar la validad del contenido de la medida de los grados de implantación y de utilizar análisis multivariado en la verificación de la influencia de los elementos de contexto en la implantación de la intervención.

HELOIZA MACHADO DE SOUZA
CÉLIA PIERANTONI
ZULMIRA HARTZ
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Fundação Oswaldo Cruz

Evaluación de la implantación del programa de Salud de la Familia en el programa docente – asistencial de Florianópolis

El estudio tiene por objetivo desarrollar una evaluación estratégica y de implantación del Programa de Salud de la Familia en un área de integración enseñanza/servicios de salud, el Programa Docente-Asistencial del municipio de Florianópolis, con la intención de adecuar la formación de profesionales de salud a las necesidades del SUS. Tomando por referencia el contexto de implantación y las propuestas nacionales del Programa de Salud de la Familia, se priorizaron, como forma de aprehensión del objeto de investigación, la comprensión de gestores, profesionales y alumnos, a través de entrevistas desarrolladas con metodología cualitativa, a fin de conocer las percepciones de los actores de los programas en relación al panorama de implantación y a los constituyentes de la nueva propuesta como una práctica en construcción.Con este abordaje, se buscó darle un realce especial al potencial existente en el examen de los actores sociales del sistema de salud, a través de su reconocimiento como sujetos esenciales capaces de realizar transformaciones e identificando la importancia de su participación para la implantación de un nuevo modelo asistencial.

Los resultados indicaron que la experiencia del Programa Docente-Asistencial, constituído como objeto de trabajo de enseñanza y de prácticas, fuertemente sustentado por la disposición personal (ideológica) de los profesionales, facilitó la incorporación del nuevo Programa de Salud de la Familia. Al ser implantado, promovió procesos interactivos de prácticas profesionales que se percibieron como tecnologías fundamentales y como determinantes de mudanzas en las identidades profesionales, y acrecentó una determinación programática a estas prácticas a través de su institucionalización, posibilitando una mayor influencia sobre la enseñanza y sobre la forma organizacional de atención a la salud. Las prácticas se estructuraron en un proceso más consistente, sistematizado, colectivo y con interacciones más organizadas que la situación anterior, sintetizando aspectos de la Atención Primaria de Salud y de la Salud Comunitaria. Para los gestores fue posible evolucionar, de una experiencia local específica, para uma forma que es parte de una propuesta más amplia, nacional. Dificultades sectoriales y del sistema de salud, que el programa no influyó, así como la necesidad de una política de recursos humanos que respalde y estimule a los profesionales, se identificaron como factores necesarios a la sustentabilidad continuada. El conocimiento producido por la investigación podrá, en iniciativas semejantes, propiciar una mayor comprensión del desarrollo de sus procesos.

Maristela Chitto Sisson
Universidad Federal de Santa Catarina
Secretaría de la salud de Florianópolis

Atención básica a la salud de la mujer: subsidios para elaboración del manual del gestor municipal

El reciente proceso de descentralización del Sistema Único de Salud - SUS ha sido bastante heterogeneo en las diversas regiones y estados brasileños. La municipalización y el fortalecimiento de la atención básica a la salud se ha configurado como estrategia importante para la ampliación del acceso de la población a acciones y servicios de salud. En este contexto, la implantación de la política de atención a la salud de la mujer ha sido influenciada tanto por el proceso de municipalización como, principalmente, por el proceso de reorganización de la Atención Básica. Este trabajo tiene como objetivo la sistematización de subsidios para la elaboración de un MANUAL DE ORIENTACIÓN A LOS GESTORES DEL SUS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS ACCIONES DE ATENCIÓN BÁSICA A LA SALUD DE LA MUJER EN MUNICIPIOS, considerando los documentos que definen la política de la salud de la mujer en Brasil y las nuevas definiciones de organización y estructuración de la red de asistencia a la salud del SUS, publicadas en enero de 2001, a través de la Norma Operacional de Asistencia a la Salud. Se realizó, inicialmente, una revisión bibliográfica y documental dirigida a la construcción de un referencial teórico sobre salud reproductiva y la caracterización de la política actual de la salud de la mujer. También se recolectaron y analizaron informaciones extraidas de documentos que especifican las funciones político-gerenciales del administrador municipal y el perfil de la oferta de acciones y servicios de salud relacionados a la atención de la salud de la mujer. Se encontraron ocho áreas temáticas relacionadas con la salud reproductiva y las únicas citadas en todos los documentos fueron la asistencia obstétrica y la prevención del cancer de cuello uterino. En relación a las acciones de salud, se observó una preponderancia de las acciones asistenciales en relación a las de prevención y de promoción de la salud. Otro punto importante para el proceso de gestión de la atención a la salud de la mujer en el ámbito municipal es la incorporación de la problemática de la salud de la mujer en el plan municipal de salud esta disertación contempla una propuesta para la programación, ejecución y evaluación de acciones específicas, a través de un enfoque estratégico situacional. Para el perfeccionamiento de esta propuesta se propone un test en algunos municipios de tamaños y regiones diferentes.

Marta Roberta Santana Coelho
Ministério de Salud

Las innovaciones en la Gestión de Recursos Humanos en el PSF como eje organizador del nuevo proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia

El trabajo resulta de la pesquisa "*Evaluación de la Implementación del Programa de Salud de la Familia en Grandes Centros Urbanos: estudio de diez casos*", realizada entre 2001 y 2002, en Aracaju (SE), Brasilia (DF), Camaragibe (PE), Campinas (SP), Goiania (GO), Manaus (AM), Palmas (TO), São Gonçalo (RJ), Vitória (ES), Vitória da Conquista (BA), en la cual se analizaron factores facilitadores y dificultadores del proceso de implementación del programa en sus diversas dimensiones. En este artículo se destaca aquella relacionada con la reorganización del trabajo profesional en salud necesaria al desarrollo del PSF, buscando percibir procesos innovadores en la gestión de los recursos humanos en salud. Varios fueron los aspectos analizados, tales como la composición y perfil de los equipos de Salud de la Familia (ESF), modalidades de selección y contratación de personal para el programa, condiciones de trabajo y remuneración, rotatividad de los equipos y establecimiento de vínculos con la población, y procesos de capacitación de los profesionales. Las informaciones se obtuvieron a través de entrevistas a gestores de la SMS, de la SES e instituciones contratantes así como de cuestionarios respondidos por profesionales del PSF.

Se verifica una gran diversidad de situaciones relacionadas con la organización del proceso de trabajo de los ESF, sea en términos del perfil de los profesionales, mecanismos de contratación, modalidades de selección y procesos de capacitación, con impacto diverso en la configuración del programa, en la rotatividad de los profesionales, en la integralidad, en la resolutividad y cualidad de las acciones y, en la formación de vínculos con la comunidad. En líneas generales, el perfil del equipo revela la perspectiva de crear renta y empleo en el sector para grupos menos favorecidos, especialmente jovenes y mujeres, aunque a partir de la relación a veces informal y con vínculos precarios, comprometiendo la continuidad de la política. La remuneración diferencial de los profesionales más capacitados constituye fuerte atractivo al PSF, aunque ni siempre garantice la fijación del profesional. Un aspecto vulnerable en la organización del trabajo de equipo se refiere a la capacitación de los profesionales, renovando las críticas al aparato formador en adecuarse a los cambios asistenciales pretendidos e indicando la insuficiencia de los polos estatales para atender las demandas de educación continuada de los diversos profesionales, de forma a respaldar el fortalecimiento de la nueva división de trabajo y la interacción de los diversos agentes en torno a los cuidados y a la promoción de la salud.

Maria Helena M. de Mendonça
Mônica Senna
Valéria Castro Gomes
Sarah Escorel
Ligia Giovanella
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz
UFF e Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Fundação Municipal de Saúde de Niterói e Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz

La implementación del PSF en grandes centros urbanos

La implementación del PSF en Brasil tuvo dos periodos bien definidos: de 1994 a 1998: uno caracterizado por el desarrollo focalizado en pequeños y medianos municipios de las regiones noreste y sureste, con peores indicadores sociales; otro, con fuerte expansión de los niveles de cobertura e introducción del programa en las regiones centro-oeste, sureste y sur, en municipios grandes y capitales con mejores indicadores sociales. Explican la fase de expansión, los cambios y el aumento en la remuneración de los equipos de salud de la familia, así como el fortalecimiento institucional del programa. Cabe evaluar los procesos y los impactos de la implantación del PSF en esa segunda fase en un universo particular: los 224 municipios brasileños con población igual o mayor a 100 mil habitantes. Objeto: Evaluación de la implementación del PSF en los municipios con población igual o superior a 100 mil habitantes.

Objetivos – (1) Evaluar comparativamente el proceso de implantación del PSF en los grandes municipios brasileños y su desempeño en la atención básica; (2) Subsidiar la construcción de una propuesta de monitoramiento de la implantación del PSF en estos municipios, considerándose las particularidades de los modelos de atención básica y del PSF desarrollados; (3) Conocer el modo de funcionamiento de los sistemas municipales de salud y el papel del PSF en la re(organización) de la atención básica; (4) Sistematizar los factores institucionales que condicionan positiva o negativamente la (re)organización de la AB.

Metodología – Se considera que la implantación del PSF y el desempeño en la atención básica son resultado de la combinación de las variaciones en las características estructurales de los municipios y en las características de los sistemas de salud implantados. Como variables independientes, se utilizaron 159 indicadores referentes a las condiciones de la oferta asistencial en los municipios (capacidad instalada, producción, cobertura, financiamiento y gasto) obtenidos para 2000 y 2001. A partir del tratamiento estadístico de estos indicadores (análisis multivariada factorial y cluster analysis) Se generaron grupos homogéneos en municipios de modo de permitir evaluar el grado de interferencia de esas características en la performance y en los resultados de la implantación del PSF y de los modelos de AB desarrollados. El proceso de implantación del PSF y los modelos de atención básica adoptados se evaluaron a través de la confección de un cuestionario autoaplicable para el universo de los municipios estudiados.

Conclusiones – La implantación del PSF todavía es un proceso en curso y de impactos poco evaluados.

Ana Luiza d´Ávila Viana
Célia Pierantoni
Luiza S. Heimann
Luciana Dias de Lima
Regina Bonfim
Roberta Gondim de Oliveira
Sergio da Hora Rodrigues
Maria Angélica Guercio
Gabriela Viana Moreira
Departamento de Medicina Preventiva da USP
Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde
do Instituto da Saúde da SES/SP
DAPS/ENSP/FIOCRUZ
NEPP/UNICAMP
IMS/UERJ
NEPP/Unicamp

Estratégias de implementacion del PSF en grandes centros urbanos

En este trabajo se discuten estrategias y modalidades de implementación de Salud de la Familia en grandes centros urbanos a partir de resultados de pesquisa de evaluación del PSF en diez ciudades. Las fuentes de información incluyeron, entrevistas a gestores, cuestionarios rellenados por profesionales de los equipos e instrumentos para entrevistar a familias adscritas. Revisando la identificación y análisis de las estrategias de implementación del PSF se investigaron: la participación de actores clave, los motivos enunciados por los gestores y la concepción de los modelos implementados, el ritmo del proceso de implantación, el formato de organización, la cobertura poblacional, la capacidad instalada y tipos de unidades del PSF.

En el proceso adoptado para la implantación se observaron modelos polares en cuanto al ritmo: 'rápido' – implantación de un gran número de ESF pretendiendo obtener el máximo de cobertura en el menor plazo posible; y 'gradual' – implantación progresiva con evaluación de los resultados obtenidos en el proyecto piloto. En los procesos rápidos se abordaron mayores resistencias con potencialidad para desestructurar la atención básica preexistente sin sustitución adecuada.

En cuanto a la concepción de los modelos de Salud de la Familia implementados se observaron situaciones polares: como estrategia que propone mudar el modelo asistencial sustituyendo las unidades básicas tradicionales o como programa constituído de modo paralelo a la estructura de atención preexistente. En las concepciones de estrategia la sustitución de las unidades preexistentes fue total o parcial y en algunos casos se crearon nuevas unidades de salud de Salud de la Familia, expandiendo cobertura en áreas sin asistencia, conviviendo con la red básica tradicional sin superposición.

La concepción del modelo estuvo, en parte, relacionada con la modalidad de gerencia del PSF, observándose coordinaciones específicas en los casos de Manaus, Brasilia, S. Gonçalo y Goiania en que se implementó como programa, y en Camaragibe, Aracaju y Campinas la constitución de coordinación única, integrada a la atención básica, sugiriendo proceso de sustitución más amplio.

Las ESF se instalaron en diversos tipos de unidades de salud: minicentros en inmuebles alquilados o cedidos, unidades básicas convertidas, unidades nuevas especialmente construídas, o en unidades de salud tradicional como inquilinas. En los casos de minicentros de salud en inmuebles alquilados se evidenció potencial menor sustentabilidad del PSF e insuficiencia de espacio para la realización de actividades.

Sarah Escorel
Ligia Giovanella
Maria Helena M. de Mendonça
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

La implementación del Programa Salud de la Familia en el Panorama local: algunos elementos para análisis

A lo largo de los años 90, en el contexto de reforma del Estado, descentralización político-administrativa y consolidación del SUS, se implementó en todo el país una serie de medidas dirigidas a la garantía de fuentes estables de financiamiento para el sector salud, mejoría en la calidad de la atención prestada, universalización del acceso y fortalecimiento de la gestión pública. En la capacidad de este proceso, el Programa Salud de la Familia (PSF) surge con la perspectiva de reorientación del modelo asistencial, pretendiendo la garantía de mayor resolubilidad de los servicios, incentivo al control social y estrechamiento de los vínculos entre familias y equipo de salud. Mientras tanto, las intensas desigualdades regionales y las profundas diferencias en los procesos de descentralización en los estados y municipios forjaron un panorama heterogéneo y complejo, traducido, en último análisis, en una diversidad de experiencias de implementación del programa. Bajo esta perspectiva, el estudio consistente de los límites y avances del PSF han exigido la comprensión de los diversos circuitos que conforman el panorama local - en términos de sus contornos epidemiológicos, políticos, institucionales y participativos locales – y que influencian el diseño organizacional asumido por el programa. Este trabajo busca discutir la implementación del PSF en los municipios de Camaragibe, Aracaju , São Gonçalo y Distrito Federal, de forma de identificar las posibles interfaces entre la conformación del programa y las diferentes estructuras de incentivo, resolubilidad del sistema local de salud, experiencias de participación social y mecanismos de accountability constituidos. Se utilizaron informaciones producidas en el ámbito de la pesquisa "*Evaluación de la Implementación del Programa Salud de la Familia en grandes centros urbanos – 10 estudios de caso*", coordinada por la profesora Sarah Escorel (ENSP/FIOCRUZ) a partir de la realización de entrevistas con los gestores de las Secretarías Municipales de Salud y representantes de los usuarios en los Consejos Municipales de Salud y, también, de la aplicación de cuestionarios entre profesionales del programa, familias usuarias y consultas a los bancos de datos del IBGE y DATASUS. El estudio demostró que aspectos relacionados a la constitución del sistema local de salud en términos de la oferta cuantitativa y cualitativa de los servicios, capacitación técnico-gerencial en el ámbito de las SMS, inversión en los otros niveles de atención y la tradición política local son variables cruciales para la comprensión de la diversidad de experiencias de implementación del PSF.

ROSANA MAGALHÃES
MÔNICA SENNA
Escuela Nacional de Salud Pública/FIOCRUZ
Universidad Federal Fluminense

Evaluación del proceso de implementación del programa salud de la familia en municipios de Mato Grosso: opiniones de los médicos y enfermeros del programa

Este trabajo enfoca la opinión de los médicos y enfermeros del Programa Salud de la Familia sobre la implementación del PSF en municipios de Mato Grosso. La relevancia del estudo se asocia a una fuerte expansión de los equipos del programa en los últimos dos años. Además de haber sido estimulado por el Ministerio de Salud, esta expansión ancorou-se na prioridade que lhe foi conferida pela Secretária de Estado da Saúde. O PSF propõe um conjunto de inovações, dentre elas na forma de trabalhar das equipes, requerendo dos profissionais novos papéis e atribuições. El estudio caracteriza-se como pesquisa de avaliação de processo, procurando-se identificar as opiniões dos profissionais e julgamentos sobre o próprio programa, com base nas características do seu funcionamento e das atividades realizadas frente àquelas previstas. Foram encaminhados formulários auto aplicáveis para um total de 564 profissionais das 284 equipes do PSF existentes no Estado em 2002. 52,7% deles responderam à pesquisa. Entre os respondentes 51,0% são enfermeiros e 47,8% médicos, estando 90,5% vinculados às prefeituras. O contrato temporário de prestação de serviços abrangeu 65,2% dos profesionales. 38,5 % recebem outros benefícios das prefeituras. Quanto às inovações no sistema de atenção à saúde foram destacadas as afirmações por 75,1% e 70,8% dos profesionales de que o PSF é capaz de mudar o modelo de atenção do município e que pode favorecer a cidadania e a participação social. Sobre os objetivos e resultados do funcionamento do programa, houve posicionamento positivo de 91,7% dos respondentes, quanto ao reforço do vínculo entre os profissionais e as famílias. Destaca-se a "concordância total" de aproximadamente 80% dos informantes, referindo-se à atuação do programa em relação à promoção da saúde, à redução das taxas de internação e da atuação do PSF como porta de entrada del sistema local. A cobertura proporcionada pelas ações do programa em relação aos grupos poblacionales foi considerada "alta" para as gestantes (81%); crianças (75%); idosos (72%); Conclui-se que o programa tem potencial de induzir mudanças no processo de trabalho dos profissionais e de modificar o modelo de atenção.

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SPINELLI
ANA MARIA CANESQUI
ISC-UFMT
DMPS-UNICAMP

Estándar de vida en poblaciones atendidas por el programa de salud de la familia (QUALIS) en el município de São Paulo

El estándar de vida de las poblaciones ha sido trabajado y estudiado como condición para asegurar un buen modelo de salud de las personas. Varios estudios han sido hechos junto a la población de pacientes. En esta comunicación, parte de un estudio que analiza el impacto de implantación del Programa de la Salud de la Familia(PSF) se pretende evaluar el estándar de vida de las poblaciones atendidas por el PSF en el Municipio de São Paulo.

Material y Métodos – Para comparar el estádar de Vida relacionada a la Salud se utilizou el Cuestionario "The Short-Form-36 Health Survey" (SF-36) que posee 8 dimensiones cuya puntuación de cada varia de 0 a 100. El SF-36 se aplicó en personas con 50 años y màs. Para comprobar diferencias entre promedios se utilizó el test ajustado de Wald.

Resultados – Se examinaron los 8 dominios del SF-36 en cada área. La comparación mostró que no hay diferencias estadisticamente significativas entre los valores de Estándar de Vida de los entrevistados en las dos áreas (cubierta y no cubierta por el PSF). El análisis para el conjunto de personas estudiadas mostró los siguientes valores para cada dominio: Capacidad Funcional 73,4; Salud Física 73,4; Dolor 71,5; Estado General de la Salud 73,0; Vitalidad 65,8; Aspectos Sociales 83,0; Aspectos Emocionales 81,0; Salud Mental 71,4. La comparación con datos internacionales, a partir de estudio realizado en Inglaterra, con personas vinculadas al "Family Health Services" y en el subgrupo de 55 a 64 años. Se mostró que: los promedios en la población inglesa son superiores a los nuestros, en seis de las ocho dimensiones; las mayores diferencias se verifican en las dimensiones de naturaleza física; la dimensión vitalidad es la que presenta el menor valor, tanto en la nuestra como en el estudio inglés. Esta tendencia es común a la gran mayoría de los estudios con SF-36 .

Conclusión – No se observó diferencia en el Estándar de Vida, examinado por el instrumento SF-36, entre los entrevistados de las áreas con PSF y sin PSF. Este resultado puede reflejar la reciente implantación del Programa, sabiendo que esperados impactos demandan un tiempo mayor de observación. La comparación con datos internacionales puede evidenciar diferencias atribuídas a las condiciones económicas y sociales en el nivel de Estándar de Vida.

ANA CAROLINA LAVIGNE
CAROLINA PEDROZA DE CARVALHO
LAÍSE REZENDE
Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahia
Secretaría de Salud del Estado de Bahia

Evaluación del programa Salud de la Familia en ocho grandes centros urbanos: el punto de vista de las familias

La evaluación de las familias en ocho grandes centros urbanos se realizó con 100 familias de Vitória da Conquista (BA) y Goiânia (GO) y 240 familias en los otros seis municipios. El universo de la pesquisa, escogido con la coordinación del PSF, se integró por la ESF exitosas y con dificultades. En cada ESF se seleccionaron microáreas por meio de proceso aleatorio simple y sorteadas las familias a partir de los catastros de los ACS. En el mes anterior a la pesquisa, mitad de las familias recibió atención de la ESF, realizado por ACS en cinco de los municipios y por médicos en Goiânia, Vitória da Conquista y Aracaju. Los enfermeros de las ESF realizaron, como máximo, 15% de las atenciones, superados por las atenciones de los auxiliares de enfermería en todas las ciudades. La mayoría de las personas atendidas: conocía al profesional (83%); consideró que fue atento (97%); que entregó informaciones (74%); y, que tenía conocimientos para resolver el problema de salud (60%). Las familias informaron conocer el ACS responsable por su área de morada (96%) y ya haber recebido su visita (93%); consideraron excelente o buena la visita domiciliar del ACS (81%), que este conocía los problemas de salud de su familia (75%) y de la comunidad (73%), establecía un buen relacionamiento (86%) y entregaba orientaciones con respecto a cuidados de la salud (83%). Las familias relataron pocos problemas en la atención, la mayor parte relacionada con los médicos. Más de 50% de las familias informaron la existencia de portadores de dolencias crónicas, excepto en Palmas. Entre 30% y 67% de estos portadores no recebían cualquier acompañamiento de salud. En promedio, existían hipertensos en 30% de los domicilios (excepto Palmas - 15%). Entre 12% e 20% de los hipertensos no eram acompañados, pero la mayor parte de los hipertensos bajo tratamiento era acompañado por las ESF. En 4% de los domicilios existían gestantes y la gran mayoría realizaba prenatal. Cerca de 20% de las familias tenían niños con edad de hasta 2 años; entre 16% y 33% de las cuales informaron que los niños no eran acompañados. Las familias consideraron que con la implantación del PSF mejoraron las condiciones de salud del barrio, de su familia y la atención en caso de dolencia. Más de 65% de las familias pesquisadas estaban satisfechas con el PSF. El factor negativo más señalado fue el acceso a la atención. Aunque la mayoría de las familias afirmase estar satisfecha con el PSF, entre 50% y 76% propuso modificaciones en el programa, principalmente relacionadas con los profesionales de las ESF y el acceso a la atención.

SARAH ESCOREL
LÍGIA GIOVANELLA
MARIA HELENA MENDONÇA
MÔNICA DELGADO
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Programa de Salud de la Familia: escenarios diversos en condiciones adversas.

El Programa de Salud de la Familia es apuntado por el Ministerio de Salud como eje de reorientação de la atención básica en Brasil, debiendo contribuir para la implementación de un nuevo modelo asistencial en el país orientado por el paradigma de la promoción de la salud. De este modo, se espera racionalizar la atención médico-ambulatorial y hospitalar de acuerdo con el perfil de las necesidades y demandas de la población. En la práctica, entre tanto, se constata que las experiencias municipales de implantación e implementación del PSF son diversificadas. En un escenario más restrito, el PSF se configura en los moldes de un programa típico de salud, con una oferta de atención simplificada. En una perspectiva intermediaria, el programa consiste en una estrategia de reorganización de la atención básica. Finalmente, en un escenario más avanzado, la implantación del PSF produce una ruptura del modelo de atención local. El presente trabajo pretende analizar condiciones que favorecen o restringen la implantación del PSF y condicionan los escenarios descritos. Las reflexiones presentadas se basean, principalmente, en los datos de un estudio cualitativo de evaluación de implantación del PSF en Bahia (2001-2002), que consideró la percepción de diferentes actores sociales (gestores, técnicos, miembros de los equipos, etc.) de las instancias estatal y municipal. Se constata que, de modo general, en la implantación del PSF en los municipios baianos predominam los escenarios intermediarios o restrictivos. Entre los desafíos encontrados en el proceso de implantación del programa en el estado, se destacan: incertezas en cuanto a la sustentación política de la propuesta que garantice apoyo financiero y tecnológico en las tres instancias gestoras; insipiencia del sistema municipal de salud, dificultando el apoyo asistencial; el paralelismo entre el PSF y la atención básica tradicional; acumulación tecnológica limitada; baja cobertura del programa en la mayoría de los municipios, produciendo insatisfacción en las áreas descubiertas, además de dificultar el reconocimiento de la Unidad de Salud de la Familia como puerta de entrada del sistema; alta rotatividad de los profesionales en consecuencia tanto de la no identificación con las directrices/normas de laa propuesta, como de insatisfacción con las condiciones de trabajo; deficiencias en el proceso de capacitación: educación descontínua; infraestructura deficitaria.

Leny Trad
ISC-UFBA

ProAB – un instrumento de programación para grupos de Atención Básica

La programación de las acciones de atención básica a nivel de grupos de salud, ha sido un desafío para los gestores municipales. La búsqueda de la instrumentalización de este proceso a nivel nacional, respetando las particularidades locales de cada municipio y cada grupo de salud, llevó a la construcción de un instrumento de programación para los grupos de atención básica, denominado ProAB, en el segundo semestre de 2002. Se trata de un software disponibilizado en CD conteniendo, inclusive, los códigos fuente. Tal instrumento se ha construído concomitantemente con el doctorado profesionalizante realizado por técnicos del Ministerio de Salud en sociedad con el ISC/UFBA, cuando se realizaba un análisis crítico del instrumento de programación de la atención básica, componente del sistema de programación pactada e integrada – SIS/PPI 2002. El objetivo del presente estudio es describir el instrumento, y apuntar posibilidades de utilización incluso en grupos de atención básica del programa de salud de la familia y unidades de salud tradicionales de la red SUS de los municipios. La metodología contempla la colecta, procesamiento y análisis de las informaciones del proceso de construcción del ProAB, ocurrido durante el segundo semestre de 2002 y el primer trimestre de 2003. Los resultados apuntan la posibilidad de disponibilización del ProAB a los gestores municipales, consejos municipales y grupos de atención básica, como un instrumento operacional de pactación de compromisos y dimensionamiento de las acciones de los grupos a nivel local. Se discutirán las potencialidades y limitaciones del ProAB para apoyar la programación y el compromiso de los grupos de salud en la realización de las acciones acordadas con el gestor y los consejos locales y municipales de salud, concluyéndose con sugerencias y recomendaciones con respecto al perfeccionamiento contínuo del instrumento y del proceso de programación de la atención básica.

Luís Fernando Rolim Sampaio
Claunara Schilling Mendonça
Secretaria de Atención a la Salud
Ministerio de Salud

A production on

Family Health Care

Works presented at the
VII Brazilian Congress on Collective Health
ABRASCO 2003

A production on Family Health Care

The Ministry of Health , through the Secretariat of Health Attention and in partnership with the Brazilian Association of Post Graduation in Collective Health (ABRASCO) and the Pan American Health Organization (PAHO), present technical-scientific production on the challenges and conquests in the implementation of the strategies of family health. The material was compiled from the presentations of the VII Brazilian Congress on Collective Health, that was brought about in Brasilia in August 2003.

Among the works presented during the event, around 500 were on the theme of the Family Health Program, in the form of studies and descriptions of experiences. This material will certainly offer important subsidies to base actions and reflections of social actors compromised with the consolidation of the Brazilian Public Health System(SUS).

This publication refers to 60 organized works in verbal sessions and evaluated by the scientific commission of the Congress. An alternative option was made, for the thematic classification differing from that of the authors. In this new organizing, attention is placed on a closer logic on the axles that constitute the great challenges for consolidation of the Family Health strategy – a fundamental element to structure the organizing of basic attention in Brazil.

The works present in this collection are on the practices, the organizing of services and models of attention, of the forming and, permanent training and education of professionals; and of the management of work processes on Family Health.

The presented productions show the advantages of the strategy and its potential in promoting the integration of health attention in the regions of the country. The Secretariat of Health Attention hope that these works widen the acting capacity in the network of professionals involved, directly or indirectly in the strategies of Family Health in Brazil.

HUMBERTO COSTA

Health Minister of Brazil

Family health: a study of the speeches of the people taken care of in health stations

This work is a study on the representations associated to the family health category, from the speeches of people taken care of in the health stations of the municipaity of São Pedro de Alcântara and of the Bairro Sapé, in Florianópolis. The managers os these municipalities have adopted the "Family Health Program Strategy" for the accomplishment of the services provided in the attendance of the population´s health. The family health category has been chosen by the governmental organs to define the public policies that allow the accomplishment of the actions foreseen for the health sector. On the other hand, this work is also a result of my persistent inquietude to know how the health station´s users, illness, and how define what is family under their own perspective, and how they classify the Family Health Program´s action. About this aspect, I have tried to know the conceptions about health, family and illness of my interviewees, trying to undervalue my experience as professional of the health sector, adopting a new posture as researcher. To undertake this research it was essential for me to distance from the previous knoweldge I had as a worker of the Santa Catarina Family Health Program State Coordination, in a perspective of finding queer, odd and strange what is familiar to me. This way, I have found in DaMatta the assistance that made me understand that for: "the familiar to be perceived in the point of view of the anthropology, it must be, somehow, turned into the exotic..." (1993:162)

To research about conceptions relative to family, health and illness may seem obvious to many, howerever, Oliveira calls owers attention to the fact that what may seem obvious in knowing perceptions and definitions for health and illness, it will be different if we perceive these peculiar characteristics in accordance to the cultural context of the different social groups. Thus, the premise to research these conceptions would be the importance of knowing in a wider way the cultural context from were the informants´ speeches emerge. This way, I understand, like Langdon, that the culture includes values, symbols, life rules and costumes, it is, therefore, a main concept for the anthoropology and must be a main concept for anyone who works with health before different groups, social classes and geographic regions. Therefore, an analysis of what culture is is necessary for us to understand the contents and the consequences of the user´s of the Family Health Program speeches.

Tânia Maria Sulszbach Muller
Santa Caterina State Secretariat of Health

The process of collective work in the context of the Family health program: integration and fragmentation of objects and practices

Operating in healthcare involves subjects and objects, final use and products, ways of organizing the work and working tolls which not only correspond to the equipment and materials needed, but above all to the social and technical relations that are in constant inter-relation It is in the development of the activity that the relation between subject and object takes over its real meaning. Through the action, and at once, "both mutually constitute themselves in a same movement" (Mendes-Gonçalves, 1992:28). In the Family Health Program – FHP, the multiprofissionalization allows new possibilities of relations between professionals and healthcare workers (trabalhadores de saúde) to happen, which may be seen not only as a proposal for a hierarchical structure of functions and activities, following the intellectual-manual axis of the working process, but also as a possibility of incorporation of the new knowledge and technologies, in an "horizontal" perspective that doesn't imply in a hierarchical structure of power, but in a sharing of powers and responsibilities between the various members of a team. Having this in mind, the present study analyses the working process of the Family Health Program teams in an insight into the routine of a family health team of the municipal districts of Vitória da Conquista – BA. The methodology used pondered questionnaires filled in by each and every one of the team members, interviews and the observation of the daily life of the team in a period of 7 days of September 2001. The results show (configuram) the distribution of activities that were accomplished in different moments of the team members performance, which have been systemized in a scheme of the attention drawn to the health of the attended families. The organization of the ordinary week of the studied team as a whole and its members has revealed the existence of a process of integration and fragmentation in the definition of the objects, of the means and of the spots where the team works. Ends conjuring up questions about the reorientation of the collective work process in the FHP, having in mind the consolidation of a health practice that differs from the hegemonic assistencial model.

ANDRÉA DA PAIXÃO SILVA.
Institute of collective Health of UFBA

In the eye of the hurricane – medical work and the Family Health Program

The medical work is central in the health services, and numerous have been the challenges for offering a high quality attention in the basic unities.

The Family Health Program (FHP) proposes important changes in the medical work organization with the use of generalists doctors. We have made an investigation in order to analyze potencies and limitations of this proposal of changing the pattern of the medical practice hegemonically found in the basic attention services. The study was made in family health teams (FHTs) of two QUALIS/SP Projects (ZERBINI and Santa Marcelina), in the period between June 2000 and December 2001. Various instruments for collecting data were used (interviews, analyzing schemes, appointments observation, discussion groups and documental research), methodological triangulation and validation of the results obtained with the teams.

We´ve ascertained that this propose has arranges – vinculation of the doctors to a team and to the population, spaces for work discussion, home visits among others – with potentiality to increase the commitment and the involvement of the professionals of healthcare with their work. Referring to the limits, we have identified that the work organization would still keep focused on the individual medical assistance offer and the appointments were concentrated on the biological extension of the disease, expressing difficulties to an enlarged clinical approach. In spite of the differences between the projects, the *enhancement* and the support to work have revealed themselves insufficient for the professionals to answer to the various clinical demands and to the health needs in their multiple extensions, pointing at the risk of simplifying the attention. The doctors were submitted to a large quantitative and qualitative amount of work, with difficulties on the rear-guard of the other levels of attention. Working in the FHTs showed up as extremely tiring, being compared by the doctors to being in the "eye of the hurricane".

The topics raised in this study show the need of a review on the FHP strategies, among them the exclusive use of generalists doctors in the teams. It is pointed out as fundamental for the change of the hegemonic medical acts the acquisition of references and technologies in order to amplify the rearing, qualify the link and the interventions. At last, the importance of the mechanisms of management stands out when it comes to accompanying and supporting the work in the FHTs, as well as the improvement in the rear-guard of the other levels of attention.

Ângela Aparecida Capozzolo
Gastão Wagner de Souza Campos
Unicamp/SP

Nursing labour in Family Health under a perspective of consolitation of the unique health system – UHS

The Unique Health System as a public policy, which is intended to be universal and integral, finds in the Family Health Program – FHS a tool to guarantee the enlargement of the health promotional services. Nursing labour, a fundamental part of health work, is structured in a hegemonic model that is determined in a practice that keeps perpetuating the huge inequalities in the access to a condign, humanized and generous assistance provided to the Brazilian population. The difficulties faced during the implantation of the FHS make evident the need of preparing the nurses that will take part in the changes in the model of assistance, demanded by this strategy. It is intended, through this study, to think about the new dimensions that can be identified in the models of assistance that define the Nursing practice, from the analysis of the nursing care performed in the FHS teams.

It is an exploratory and descriptive study based on the Historic-Dialectic Materialism, in which it is intended to access the collective imagination found in these nurses´ speech, and through it, identify the principles that lead the Nursing actions.

The comprehension of these principles allows the proposal of transformations required by the actual context of health to happen. A field research was conducted with the nurses who are members of the FH teams from the Capão Redondo Health District, in the South Region of São Paulo. The data were collected in the realization of a focal group, which involved 10 nurses who were members of FH teams, and were grouped according to the Collective Subject Speech analysis technique, by Lefrève (2000).

The individuals´ of the research speeches were grouped in 5 empiric categories: Management actions, Assistance actions, Educative actions, Social actions and professional profile. Each empiric category derivates from subcategories, which were based on thematic sentences that have been identified in the collective speeches.

The results show the maintenance of the nursing labour processes (to manage, teach and assist), but their characteristics point out a transformation in the assistance practice, obtaining as leaders of this change the focus in the complementarities of the multiprofessional team action and in the professional profile prepared to the actions of integration in healthcare.

Regina Lúcia Herculano Faustin
Mª Júlia Barbosa Moraes
Emiko Yoshikawa Egry
Mª Amélia Campos de Oliveira

The doctor´s trajectory in the Family Health program: a look at the subject.

The Family Health Program is implanted by the Health Ministry in the Brazilian municipal districts, as a strategy of reorganization of the health assistance, based on the Basic Attention. It is inquired how the doctors perceive the changes demanded in a new practice when they are inserted in the teams, considering pressuposed and conceptual aspects of the program. The main issue is to identify, from motivations, knowledges, environments and relation, what facilitates and what makes the medical practice transformations more difficult.

The research uses a case study, through life histories circumscribed in the profession, of five PSF doctors, of a municipal district in the Northeast region of Brazil. The main landmarks of their trajectories are the choice of the profession, the professional qualification process, the insertion in the working market and in the PSF. The medical knowledge is inserted in a process of construction of the thoughts and development of the humanity, in socil, cultural, economic and political contexts, determinatives in the relations and in the health services practices. Using as a referencial the studies that circumscribe the characteristics of the liberal medicine, of the technological medicine and of the health services tradicional practices, the intention was to understand what happens in the PSF doctor practices.

The data display the doctors as products of a biomedical formation, that, when denying the social determination of the illness, also denies the social beings involved in the healing and health maintenance process. The PSF is a working market, where the doctor as a social subject, acting on distinct social classes, carries through a practice that lies between a clinical knowledge, socially legitimated and the programmatical actions, typical of the prescriptions of sanitary character. Making appointments and visits, they try tomsolve the population´s health problems and take over the duty of sanitary authority in the territories where they act. They find it difficult to work as agents of a health politic and to come up with coherent and negotiated proposals. The results show that the PSF seems to be a potencial locus of construction of a universal public assistencial model, where the doctors, as subjects that detain a knowledge and practice, may be able to give a new meaning to a practice that moved away from the human and social dimensions.

ANA ANGÉLICA
ISC/ UFBA

The family doctor in São Paulo municipal distric– challenges and possibilities

The doctor who compose the PSF nuclear team in São Paulo capital, develop his activities/ actions with the population of his area, attending people in all phases of life cycle, situating them in the biopsychosocial contexts in which they are envolved. He acts linked to the promotion processes, strenghning team work. He values the subject as part of the treatment responsabilization of his own health state, spreading autonomy, respect, confidence and deepening the link between the team / Health Service / population.

The study describes and characterizes the family doctor, member of the PSF teams in different regions of the municipal district, considering the self-perception of his role, obligation and insertion in a new basic attention work strategy.

The methodology applied studies a sample of 237 doctors on the total universe of those who act in the PSF teams in different municipal district areas. The study variables were defined as: working place; working period as family doctors; working period as in the PSF in São Paulo; specific postgraduation – medical residence and Family Health Specialization Course; participation in the official capacitation steps defined by the Municipal Health Secretariat for initial and progressive capacitation of the PSF teams.

The consolidation and discussion of the obtained results point to significant aspects to be considered in planning and definition of strategies to qualify, move and fix this professional in a new work strategy – the Family Health, as a structuring axis of all basic attention.

Karina Barros Calife de Batista
Otilia Simões
São Paulo Municipal Health Secretary

Health promotion and the urban environmental matter in the Family Health Program: the distance between the intention and the gesture

The Family Health Program (PSF) and the Communitary Health Agents Program (PACS) are presented as reversion strategies to the actual assistencial model, focused on hospitals and on healing. The complexity of a nosological situation, in which diseases related to population lifestyles and to the environment could justify a new glimpse from the health sector over the population, comprehended and defined in a territory, of which systematization, under physical and social points of view, would allow interventions beyond the preventive and healing practices, approaching to health promotion. It is reasonable to affirm that, in this context, the environmental matters assume a crucial importance. Official documents that are rules for these programs prescribe clearly environmentally focused tasks, indicating to the teams that consider these elections of health practices to be implemented. The task suggested by the authors is to measure the distance between the normative interaction and the right gesture which can cause its consolidation.

Object – The environmental theme's insertion predicted by PSF/PACS normative rules in teams daily practice in four São Paulo Metropolitan Region's municipal districts.

Objective – Know the urban environmental conceptions between professionals who act in the Programs, identifying the effectively implanted actions which came from them. Evaluate in which degree can these professionals perceive differences between these actions and the traditional healing actions.

Methodology – Active observations by PSF/PACS teams (first stage). Focus group composed by team's members (second stage).

Final Considerations – The urban environmental dynamics in a metropolitan region is quite complex. Its comprehension associated to intervention needs a multiprofessional view beyond the one located in the PSF/PACS and an interinstitutional communication capacity that cannot be explicited to the Program's professionals. The PSF/PACS needs, initially, to increase the communication with other areas of SUS to act under the Health Promotion supervision and, from this point, to assure itself as a health sector before environmental, sanitary and hydric resources organs, that act in the territory.

IANNI, A.
QUITÉRIO, L.
Institute of Saúde/SES SP and
CEDEC/Centro de Estudos de Cultura Contemporary

Buccal health in the strategy of Family Health: an experience of the USFC in Lagoa da Conceição

This work narrates the trajectory of the group of residents of the Multiprofessional Specialization in Family Health Course of the UFSC/ Residence Modality, in the Lagoa da Conceição Health Center (Florianópolis-SC), with focus on the buccal health actions.

The multidiscipline team is composed by 3 doctors, 2 nurses, 1 nutritionist, 1 psychologist and 1 CD. Based on a territorialization made so that the epidemiologist profile of the population could be recognized, it has been detected that the local programming of the CS consists in a problem due to its distance to the principles and lines of direction of the SUS. The area covered by the CS embodies 35000 inhabitants for an ESF. Added to this the model of biologicist attention and the absence of effective collective actions of education in health results in limited coverage of the services and a community distanced of its citizenship exercise.

The work carried out by the team of residents longs for the improvement of the life condition of the registered population through the reorganization of the effective model of attention, in an effort to compromise it with the beddings of the SUS.

Based on a local planning, in a search for changes in the epidemiologist profile of the population, actions that contemplate the ambulatorial clinical attendance have been proposed, as well as domiciliary visits, preventive-promocional procedures in the local state schools, institutions and in attention to health groups, not to mention the envolvement in the communitarian organizations that had the objective of providing stimulation and orientation in the exercise of the social control. As interdisciplinars practices, the following may be pointed out: Moment of Integration which is a daily space that congregates the team for debating and interdisciplinar planning of the more complex clinical cases; interappointments and interviews; and the groups of promotion and prevention to health where the professionals mett so that the approached subjects enclose the health of the individual in its completeness. The collective actions in buccal health are also carried through in an interdisciplinar way involving the whole staff as well as the ACS, demonopolizing the knowledge that can be found in the CD.

The reorganization of the attention model wanders slowly, promoting the understanding that for a paradigm change to happen, much more than an individual commitment is necessary, it is necessary the active participation of the community, political support of the health managers, and ways of making this new model possible.

ANGÉLICA BORCHARDT
DANIELA LEMOS CARCERERI
LENISE DE MELLO BARTH

Health promotion in psf unit of Porto Alegre-RS

To promote health is to develop improvements of the population life quality in what concerns it most diverse necessities. Knowing this, the Odontology College of the Federal University of Rio Grande Do Sul through the disciplines of Professional Economy has developed a work of approach and interaction of the academics with community included in the Family Health Program (PSF) unit in the quarter of São Borja, in the city of Porto Alegre, so that the academics have an experience in a different reality, and at the same time assist the community in reaching an improvement in the life quality.

The objective of the activity is to provide a contact of the academics with the reality of a destitute community annexing actions of education in health, domiciliary visits in partnership with health agents of the PSF and to practise the clinical part with simplified methods basing themselves on the Atraumatic Restoring Treatment (ART) principles. Five visits to the community have been made, and those were divided into: works in a domiciliary primary school and domiciliary visits made together with the PSF integrant communitarian agents. In the school the academics worked in pairs, and each pair was responsible for a division, developing all the activities in the own school environment, also happening the adaptation of a clinic in a classroom just in case any healing necessities appeared. The enterprise of this project provoked a sensitization of the academics that got motivated with the course and with the Social Odontology. Besides the acquired technician-scientific knowledge, the odontologic assistance provided to some school children and the interchange with the PSF professionals, it may be proudly that the analysis made on the paper and the social responsibility of the professionals as health promoters was the most important.

Gabriela Gonçalves Innocente
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Diogo Luis Fiaminghi
Evelise Leonardi
Juliana Dummel
Sonia Maria Blauth de Slavutzky
Odontology College - UFRGS

The buccal health inclusion in the daily life of the Family Halth teams of the north sanitary district – Natal/RN: challenges nd perspectives

For many years now, the health field has been constituting itself as a caring technical practices construction field, socially determined, inside of which the format of the medical action have become hegemonic. The health working process has been characterized for the spalling of the cares between the professionals who are part of the health team. In this crisis context, the Family Health Strategy may mean a stablishing process of change in the attention to health, rescuing basic concepts (bond, humanization, completeness of the actions, co-responsibility, etc.) that lead to the reorientation of the health services operational way. This work describes the qualification experience of the professionals of the diverse categories that compose the Family Health team in the basic buccal health actions in order to surpass the dichotomy and the knowledge/practice spalling. In this perspective, as soon as the implantation of the ESF teams in the North Sanitary District in Natal/RN occurred, many meetings, debates and qualifications on varied subjects where many challenges were offered for such teams were organized. Among those, the professionals´ (doctors, nurses, nursing assistants, health communitarian agent, dentists and dentists' offices assistants) qualification for the accomplishment of the first epidemiologist survey in buccal health aiming at the attainment of an initial diagnosis of the area for planning the action. In spite of evidenced resistences, this proccess proved itself extremely valuable, being primordial to enliven a discussion about the health working process and the "caring" role of the health professional. The buccal health clinical protocols (ordered by life cycles) were discussed with the whole staff, and various knowledges on buccal health were acquired by the professional of the diverse categories that now identify and indicate the users to the buccal health professionals. This way, we believe that tha demonopolization of the buccal health knowledge, the building up of new knowledges, the assistencial inovations collectively elaborated are essential tools for a new doing raising, aiming to the health promotion.

MAÍSA PAULINO RODRIGUES
MARCO AURÉLIO AZEVEDO DE OLIVEIRA
Collective Health Studies Center (NESC/UFRN)

Dental surgeons formation for basic attention on integrated residence in collective health

Since 1976, with the implantation of Communitary Health residence, the Health Center Muriado School (CSEM), an organ linked to SES/RS Public Health School, has focused on health workers formation with multiprofessional characteristics. From 1999, throughout the creation of the Integrated Residence in Collective Health (governmental decree number 16/99 SES/RS), vacancies for dental surgeons have been created.

Objective – Present the Integrated Residence in Basic Attention, emphasizing the role of Odontology residents.

Formation Program – It has the duration of two years, with a working period of 60 hours, pedagogically settled, taking the field concepts and knowledge into consideration (CAMPOS, GW 1990). The curriculum is unique for different professions (medicine, nutrition, nursing, social service, psychology and odontology), respecting the area's specificities. The residents of all areas take part in field activities, in order to guarantee the interdisciplinarity. In center activities, the odontology residents attend in the odontological module and present seminars.

Conclusion – The Integrated Residence in Collective Health provides a CD formation linked to SUS dynamics, constituting a new reality for the profession.

MÁRCIA FERNANDES DOS SANTOS
ADRIANA GOMES ANDRIGHETTO
ALEX ELIAS LAMAS
PATRÍCIA FLORES ROCHA
ELOÁ ROSSONI
Health Center Murialdo School
Rio Grande do Sul Public Health School

Implementing a multiprofessionai residence in Family Healty Program: limitis and responsibilities

It na analyzis of the limits and possibilities of construction of the interdisciplinarity in the implementation of the Multiprofessional Residence in Family Health program, financed by the Ministry of Health/BID, in the Faculdade de Ciências Médicas (FCM) of the Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). This program, initiated in April 2002, applied to doctors and nurses. The FCM counts on the courses of Nursing, fonoaudiologist and Medicine, initiated in 1963, 1978 and 2002, respectively, and is constituted of 16 teaching departments, most of those medical. The support to the development of the formation, improvement, capacitation and permanent education is responsibility of a Working Group´s, created in November 1999 and composed by professors of seven teaching departments. In a general scope, the implantation of the program represents an innovation in the initiatives o the FCM; nevertheless, the relation university/Ministry of Health has been characterized by the management moroseness and insufficient definition of responsibilities of the involved ones. The disrespect to the academic calendar and lack of guarantee of the certification of the program by the MEC have contributed for the doctors´ evasion. The lack of institutionalization of the Family Health program has been constituted as limit objective for the improvement and expansion of the iniciatives in this field. In the same way, the lack of institutional culture and the inexistence of formalization of the residence for nurses have implied in constant negociation with the health services of the university and the municipal health network, in the definition of the teaching field and more appropiate conditions to the development of the practical activities. The highly distinct profile of the resident doctors and nurses, probably a result of the teaching model of their graduation courses, also demands a special interest of the councellorship. However, the participation in the implantation of the program hás allowed to be verified that the daily exercise of multiprofessional preceptoria/supervision in service represents the most concrete possibility of the interdisciplinar practice contruction, with positive repercussion for the professors, residents and health professionals.

Ana Maria F. de Oliveira
Nair L. Yoshino
Olga Maria F. Carvalho
Ricardo Caraffa
Márcia R. Nozawa
Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

The nursing duty in the Family Health Program

The Family Health Program (PSF), strategy of the Ministry of Health, of which objective is to recognize the assistencial practice replacing the tracidional model of assistance focused on the healing of illnesses and mainly carried through in hospitals, was and is being implanted in the whole national territory. Nursing is part of this health work, building a practice focused on families and community.

Object – In this study, the main object is the nursing work in the family health.

Objectives – To analyze the PSF nursing work in the municipal district of Campinas, interior of the state of São Paulo, since its implantation in 1995 up till 2002.

Methodology – Qualitative and descriptive research. Interviews were conducted with the health workers who acted, co-ordinated or supervised the three first family health teams in the period from 1998 to 2000 and still act in the basic health network of the municipal district. The interviews were analyzed though Bardin´s thematic analysis, being arranged in two themes: the nursing work characteristics and the teamwork.

Conclusions – Nursing has its history intermingled with difficulties and uncertainties of the implantation of the PSF in Campinas. Initially, nursing had a more assistencial and caring performance, directed towards outside the unit, focused on the user, on the community, both the nurse and the nursing assistant. Currently, the work is more worried about the inside of the unit, more focused on the procedures, the nurse has her performances limited by the dynamic of the unit, which is essentially managemental, and the nursing assistant had had her acting in the community limited, paying less domiciliary visits, working inside the unit, focusing on the procedures. This study intended to collaborate with the debate on the nursing work in the PSF in Campinas and in the country; after all, discussing the PSF is discussing the construction of a Single Health System process we live.

MARQUES, D.
SILVA, E.M.
Municipal City Hall of Campinas
Department of Nursing of the Unicamp

The insertion of the doctor in the public health service. I focus, the PSF

Study on the medical work and practice in the public health service, having as a background the Family Health Program of the Ministry of Health. The election of the PSF happened due to his representation of a model praised and induced by the MS that intends to have health as a main theme, also aiming at a change of the assistential model. Knowing that the medical practice is based on the illness cure, in the biomedical model, the study presents some tensions that came up with this situation.

It begins with a historical and bibliographical revision of the PSF in Brazil, presenting the program trajectory and its various procedures. An approach on the daily life of the medical practices based on the knowledge on the illnesses is made, as well as the apprehension of these practices by the doctors and its repercussion in the society. In the fieldwork, interviews with nine medical professionals that work in Family Health programs awarded by the Ministry of Health in 2000 were made.

From the observation and the reflections of the interviewed doctors, seven categories that symbolize difficulties, adptations and construnctions that occurred because of this daily life were focused.

Focus of tension crystallized in situations inherent to the work, to the subjects, to the relations of power, to the health-illness binomial were identified.

In accordance to the methodology used, I have organized the personal narratives into categories that express the content of the studied topics, therefore the speeches became categories, which are the following: "*A thousand and one utilities doctor*", "*Bonds, why would I want you?*"; "*Each PSF has an own 'personality'. Would it be the doctor´s?*"; "*Being a doctor is not enough, it must be a specialist*"; "*Reference against who?*"; "*The attention models and the tension between the models*"; "*PSF politicians´ 'Golden Earring'?*"

The conclusions treat of the assistential model, medical qualification, politics relations of the PSF, difficulties in the apprehension of this model in the medical practice, medicalization of the society. Finishing the study reafirms the Professional dosctor´s importance inside the Single System of Health procedures and the necessity of discussing the medical practice base aiming at the medical enrollment in the PSF and in the public health system.

SHEILA P.S. SOUZA
INCA

Reorganizing the buccal health attention by integrating it to the PSF (Family Health Program) team of Camaragibe routine

This work hás the objective of expounding the experience in the inclusion of the buccal health attention in the routine of the 36 Family Health Unities teams, composed by: communitarian health agents, nurses, doctors and nursing assistants.

Camaragibe, has been developing since 1994, from the working and buccal health and illness process discussion with the involved actors (health workers and organized population) a buccal health attention promotion model, which may be evaluated through the epidemiologist surveys carried through, CPOD (index of carious, lost and filled teeth) aos 12 years that was of 6,7 in 1994 and was of 1.8 in May 2001. These actions were developed by the ASB (agents of buccal health) supervised by the CD (surgeon dentist).

From February 2001 on, a continued buccal health education process by Family Health Program team has been developed, to guarantee the implantation of the activities of promotion and prevention in buccal health in the population from 6 to 14 years old, in the municipal, state, conveniadas and private schools in the coverage area of each Family Health Unit.

Since the implantation, these activities have been monitored through workshops that took place in the 5 territories of the municipal district, thus integrating the USFs and the municipal reference services (Health Center, Urgency and Specialties Center, Whitewashing Center, Odontology College and Diagnosis Center).

The logic of integrating services and action by territory encourage the building of an impartial health system, a single, based on the extended concept of health and in the intersetoriality one, rescuing the population´s life quality.

D'ANDRADA, J;
COSTA, I;
MORAIS, F;
SANTA CRUZ, L.
Municipal Town Hall of Camaragibe

The buccal health insertion in the Family Health Program in the state of Paraná

The objective of this study was to analyse the profile of the implantation of the Odontology in the Family Health Program in the State of Paraná, one year after the legality, in the end of 2000, of the governmental decree number 1,444 of the Health Ministry. This way, a quali-quantitative study was delineated involving all of the 136 municipal districts that had implanted Buccal Health Teams in the PSF until the beginning of 2002. Two sorts of questionnaires, previously tested and approved were directed, approaching: a) administrative aspects, should be filled in by the municipal Buccal Health Coordinators, and b) operacional aspects, to be filled out by all the team member dentists. Both contained objective questions and a blank space, so that the participants could express their opinion on experiences, successes or difficulties they got into in the program operationalization. Anserwes of 77 municipal districts were received, what corresponds to 56.6% of the total amount of sent questionnaires. The results disclosed that the average of the population covered by each team (4,947±1700 people) practically corresponds to the minimun stipulated by the Health Ministry Decree (5,000 people). Nevertheless, there are difficulties, encountered by the teams, in performing all the pertinent activities, just like, for example, domiciliary visits, action of health prevention and promotion, as well as mettings with the covered community. Another difficulty mentioned to be faced was related to the guiding of the most complex cases that, in 19.9% of the municipal districts, are solved by the own team or never achieve a solution. As a praiseworthy subject it was verified that 94.3% of the interviewed dentists mentioned to have taken part in qualification courses and there has been favorable reception of the Program by the population. Finally, it was observed that the amount of dentists´ formal written contracts signed due to public test is small (27.3%) and the reports indicate that there is a necessity of formation of generalistas professionals, who know how to work in interdisciplinar teams and possess, therefore, suitable profile for the Family Health Program.

CRISTINA BERGER FADEL
MÁRCIA GENY SCHWEITZER QUEIROZ
MÁRCIA HELENA BALDANI PINTO
TAISIANE POSSAMAI;
State University of Ponta Grossa (UEPG)

Profile of the Dentists in the Family Health Team

The access and the use of the health services is still a challenge for the public politics in Brazil. When the access to the odontological services is analyzed, it is observed that 29.6 million people have never had an appointment with a dentist (PNAD 1998). The data are more alarming when compared to the high proportion of dentists per inhabitant of the country (1:979 inhabitants). The statistic proves that there is no lack of, on the contrary, there is an excess of dentists that is not accompained by adequated access to the odontological services.

The Family Health Program (PSF) comes as a strategy of change in the assistecial model, strenghtening the actions of promotion, prevention and recovery of health, in an integral and continuous way. In December 2000 a new front of action was incorporated to the PSF activities with the insertion of the buccal health team (ESB).

This study is a clipping of the research "Evaluation of the Family Health Program Implementation in Ten Big Urban Centers" that analyzes the factors that make the PSF easier or more difficult in municipal districts with more than 100 thousand inhabitants. Our objective is to describe the dentists´ profile in the PSF and thus contribute for a debate about the insertion of the ESB. Some main ideas guided the analysis: form of election of the professional, modalities of contracting the professional and working time, wage band, compatibility between wage and attributions and bonds with the families. Among the ten studied municipal districts, we have chosen those in which this professional already acted: Aracaju/SE, Brasília/DF, Camaragibe/PE, Manaus/AM and Vitória da Conquista/BA. An inquiry was carried through and data was collected from the questionnaires of self-fulfilling that had been distributed to the integrants of the ESF and questionnaires applied to the sample of families that use the PSF.

The dentists´ profile was made based on the results that standed out in the analyzed municipal districts. The professional were selected by internal election-SMS, by indication and interview. Among the ways of contracting we have found: statutory public server, CLT, co-operative and accord. Most of them work 40 exclusive hours, with remuneration between R$2001 and 3000 and does not consider it to be compatible with the attributions. For the dentists, the relation between the teams and families improves the life quality of the citizen and creates bonds. However, in the families´ perception, there are no sufficient elements to evaluate the access quality and, in some cases, it is even admitted the insufficience of buccal health service.

RENATA RANGEL SILVA
ANA CLÁUDIA BARBOSA DA SILVA
NUPES/ENSP/FIOCRUZ

Profile of the Basic Attention professionals of Rio de Janeiro City interested in the Family Health Program

The inclusion of Odontology in the minimun Family Health Program team was foreseen by the Health Ministry in December 2000. The Rio de Janeiro City has elected to compose the working teams of this program, the identification and selection of the prefessionals from the own services network strategy. The objective of the present study is to verify the profile of the dentists of this network that are interested in the PSF and provide data that contribute to the strategies of selection, qualification and insertion of these professionals. The employed methodology consisted on a qualitative social research with use of a questionnarie with opened, closed and half-opened questions, sent to all of the professional who act in the Basic Attention. The Content Analysis, used in opened questions, made a deepening in the significative universe possible. The results show that the interest reasons are the possibility of professional fulfilment and the offered remuneration; that 89% say they need further informations about the topic; that the professionals insertion is mainly seen through surgical-restoring procedures and lectures and that, in an actions planning hypothetical situation given, 50% of the professionals did not answer to it. Besides the related results, other observation were analyzed and the data show that the growth and functioning of the future teams need an intense process of reorganization of the profession to this other acting field.

Sylvia Tristão
Daniela Mergulhão
Elisete Casotti
Collective Health Specialist ABO-RJ
NUTES/UFRJ
UFF

The pregnant women´s opinion on the pre-natal attendance performed by nurses of a family health unit

It is known that women´s adhesion to the pré-natal is related to the quality of the assistance given by the health services and that the adequate pre-natal assistance given during pregnancy is an essential step to preserve the woman´s and the embryo´s health and, consequently, to reduce the maternal and perinatal death rates, still persistent in Brazil. The nurse´s participation in the attendance of the low risk pregnant women is basic, resulting in a bigger access of women and a better quality of this assistance. This study of qualitative approach and exploratory and descriptive nature had the objective of knowing the opinion of the women who had made the pre-natal with nurse in a Family Health Unity in the east zone of São Paulo about this assistance. 16 interviewes were carried through in August 2002 with pregnant women that where in the second trimester of gestation and that were attended by nurse, through a form with opened questions, aiming at the captation of their opinion on the received attention. A thematic analysis was accomplished, using as categories the following dimensions: clinical, humanizing and educative, from the protection and assistance humanization referential.

The found results indicate the women´s satisfaction with regard to the attendance received from the nurse, emphasizing relevant aspects of the clinical dimension (approach, physical examination, requested examinations, guidings); of the humanizing dimension of the attendance, emphasizing the protection and the bonds; of the educative dimension, with reinforcement of the self-esteem, of the self-care and of the experiences exchange, from the nursing appointments and other activities provided in the pré-natal. Some problems referring to the health services organization stand out, mainly those relative to the laboratorial reference and to high-sonography.. It is considered highly important the pre-natal assistance provided by nurses, as they contribute to the access and to the quality of the assistance offered to the womam in this phase, remembering that quality is also composed by other elements of the health services organization that cannot be underestimated.

Eliane da Silva
Zenaide Neto Aguiar
Santa Marcelina College

Mental Health and Family HEalth Program: proposal of registration by communitarian health agents.

It is known that the mental perturbations have been indicated as serious harms to the individuals´ health, for it high prevalence – reaching 50% in some studies -, as well as its potentiality of evolving to variable degrees of deficiency and incapacitation. Alcoholism comes as one of those populational high impact mental problems, particularly in the masculine gender, where it may reach a prevalence of 15%. The Family Health Program has been a health basic attention strategy in the last few years. Nevertheless, in its actions of registering and pursuing the adscrita population, an effort to detect the mental perturbations is not foreseen, except when it comes to the communication of psychiatric internments and/or for alcoholism. The Mental Health Program of the "S B. Pessoa" C.S.E. has participated of the elaboration of a more including cadastre, proposed by the CSE as a whole, in family health, which included, amog others, the harms to mental health. Objective and methodology: It was proposed an investigation of the shortages in mental health, in the general register of the domiciles, carried out by 12 communitarian health agents. Questions were formulated and, after training, were applied by those, in a C.S.E coverage sub-area, the Jardim São Remo, São Paulo (shanty-town area, with 2118 domiciles).

The work was developed in two stages. The first one consisted of detecting the mental perturbations and/or problems with alcoholic beverage presence and psychiatric internment former history. The second, in progress, consists of a specific cadastre that is being applied to the domiciles that have answered affirmatively in the first visit, in an effort to trace the enlarged morbidade profile os these cases. The general cadastres were applied in 1216 dimiciles (57.4% of the total). The number of individual cadasters typed was of 4756, among these, 424 (8.91%) were positive for the mental health questions, being 164 for general mental perturbation (38.68%), 250 for alcoholism (58.97%) and 10 for psychiatric internment (2.34%). Cnclusions: The mental perturbation inclusion in the population registration, in family health, may allow a recognition of he harms to mental health, among which alcoholism was the most frequent perturbation. Such inquiry can be made through the communitarian health agents' action, becoming a complementary strategy in the cast of the basic health attention interventions.

ELEONORA HADDAD ANTUNES
LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA
"S.B.Pessoa" Health-School Centre
Preventive Health Department of the Medicine College
of the University of São Paulo

Urgency and emergency guide: instrument of reorientation of the attention to the health in the Basic Net – Bahia

Recent researches in Bahia (Lessa, 2001) reaffirm the diagnosis of overload on the medium and high complexity networks for urgency and emergency attendancy by a demand of pacients whose health problems may be solved in the Basic Net of attention stage, including the Family Health Program. The change of this attendance profile requires the assistencial actions and the ones of prevention and promotion of health to become linked, in order to assure the completeness of the attention; the construction of a sanitary culture that unleashes the resolution capacity of the technological sophistication; the establishment of the abilities of the different instances of the system and the flows between its levels. The "Orientation Guide for the Urgency and Emergency Situations in the Health Basic Network of Bahia" represents the production of an instrument able to contribute in the reorganization of attention, once it indicates behaviors and flows, linking individual attention practices to those with a collective feature (VS and VE). Its logic begins with the description of the signals and symptoms, or damages, or sanitary necessities presented by the patient, followed by disgnostic hypotheses, clinical, epidemiologists and sanitary conducts, intermingled by risk factors and markers. The conducts are based in the clinical, epidemiologist and sanitary reasoning and, moreover, values the adequate use of the reference and counter-reference fiches in the units. The validation of the instrument developed by the ISC/UFBA, in accord with the SESAB, was carried through by means of a group work with the health professionals that act in Family Health Program teams in the municipal districts of Feira de Santana and Vitória da Conquista. The guide was considered straightforwarded, simple, positive, accessible, with clear language, containing feasible procedures, and promising as it makes the agents´ working process easier. Comments and suggestions have been analyzed and incorporated to the content, whose final version was published. The material received the graphic project creations, revision, preliminary impression, final revision and final impression of 5 a thousand units, being recommended to the SESAB its implantation by means of a process of qualification for the adequate handling and use.

WILL, FLÁVIO; MARQUES, TETÊ ; BARBOSA, NEUSA; RANGEL, MARIA LIGIA; ANDRADE, DULCELI; JESUS, CLÁUDIA DE.
Institute of Collective Health of the Federal University of the Bahia

Potentialities and limitations in the Family Health Program practices for the construction of an enlarged clinic

The rhetoric and the rules that guide the propositions that plan and organize the actions of the FHP are being proposed whith a great emphasis on the collective dimension and in the use of the epidemologic knowledge. During the implantation and consolidation of the PSF, the reference to the role of the Clinic as an integral healthcare component has accurred a very infrequent and superficial way in the process of planning or organizing this new scenery of attention to health. In spite of the criticism of the designers of the Program about the hegemonic medical model and about the biomedicine in the clinical practice, it is verified that the proposals of changes have had as a reference (or represent) subjects and knowledges arising from the biomedical knowledge itself or are part of the same technic-scientific rationality that establish the so criticized Clinic. This work analizes, through interviews with doctors, managers and managers of the FHP, the potential of the FHP, as a structuring strategy of the model of attention in the scope of the SUS, to promote transformations in the practical clinic of the doctors of the Program. It uses as reference the perspective of changes in the conceptions concerning the health-illness process, having as an objective the incorporation of the biopsychosocial integration in the speech and in the practices context.

It is verified that the model of attention of the FHP, at least as an operational arrangement, would facilitate, in theory, the identification and the incorporation of the social and psychological dimensions that integrate the health-illness process to the clinical practice. However, the doctors of the FHP, despite the institutional investment in the Program, live with a clinical practice still limited by the old dichotomy between technic and art, or even better, between a humanist practice and a technic-scientific biomedical knowledge, "infallible" and "impersonal".

Recognizing the current limitations of the FHP as a strategy of reorganization of the attention to health, mainly when the objective is a clinical practice that is both extended and integrator of the biopsychosocial dimensions of the sickening process, does not mean a discredit in relation to this kind/modality of attention. On the contrary: this model may bring with itself unique opportunities for the development of these changes in the individual care and in the clinical practice.

FAVORETO, CÉSAR AUGUSTO
CAMARGO JR
KENNETH ROCHEL
Social Medicine Institute-UERJ
Integral Medicine Subject/FCM-UERJ

Interiorization of the health work program in Maranhão: advances and challenges

The Interiorization of the Health Work – PITS, implanted in municipal districts that displayed indicators showing precarious access of the population to the health action and services. It stands out as one of the best management alternatives of the Single System of Health-SUS to soften iniquities; it may configure a possibility of increasing the social control in the health municipal management and lead to changes that provide sustentability to the actions that are being developed. 16 States were selected to take part in the PITS, among these Maranhão stands out, with the highest number of municipal districts in the Program (30) and highest percentage of PITS professionals of the Country (29.3%). This work analyzes certain aspect of the process and of the working structure of the PITS teams that act in the State of Maranhão.

Methodology – Quantitative and qualitative methods were used. The data were collected through the application of a semi-structured questionnaire to the professionals that are acting in Maranhão and the active observation of the researchers. The quantitative data were operationalized with the EPI-INFO program; the qualitative were classified according to the identified signification main patterns, analyzed with the bases provided by the theories that were pertinent and contextualized in the experience of installation of the Program and of the progresses and challenges in the consolidation of the SUS in the Country.

Results – It may be detached that some important element regarding to the working structure are still too precarious. Only 32.4% of the interviewees disposed of regular transport. Another important factor is the inexistence or the precarious conditions in which the Basic Health Unities are found; 52.9% of the interviewees did not consider their Unities remotely adequate. Among the positive aspects, some improvements, such as the access to the basic medicines were showed up; 94.1% of the professionals reported that there is availability of medicines in the Popular Drugstores for them to prescribe. Regarding to the working process, this was focused in the assistance instalment, resulting in defective interaction with the various sectors of the society or with the motivation to the popular participation, basic requirements for the changes in the assistencial model and for the alterations in the municipal health management.

Conclusion – The Program shows evident necessities of readequation, however, it contributed to increase the coverings of the health Basic Attention in the municipal districts were the most destituted populations of the Country were concentrated.

DILMA MARIA L. ROCHA
ROSANA C. B. FERREIRA
SÔNIA MARIA F. DA SILVA
MARIA IEDA VANDERLEI
SUELI ROSINA TONIAL
FUNASA/Gerência of Quality of Vida/MA
Federal University of the Maranhão/MA

The Demand Attended in a Basic Unit of Family Health in the Municipal District of Fortaleza, Ceará: Case Study

The organization of the actions of the Family Health Program (PSF) of the municipal district of Fortaleza is structured in the basic unities of family health (UBASF), and these are reference for the attendance to the registered families. The actions are planned based on the health diagnosis of the family, established during the familiar cadastre. It becomes fundamental, however, the definition of the demand of these units for the establishment of an attention to health that may be, as matter of fact, integral, according to the primary attention pattern.

Objectives – To caracterize the demand attended by doctors and nurses of the PSF that act in a UBASF of the periphery of Fortaleza, with the objective of reorientating and planning actions in behalf of the real necessities of the families.

Methodology – Descriptive study with preliminary exploratory chracter, carried through between November 2002 and January 2003. The instruments used for gathering the data were developed after a situacional diagnosis of the service organization of the UBASF together with the professionals. The instruments involved: a questionnaire applied in an interview with the users and a spreadsheet filled by the professionals themselves during the appointment. For a week, the questionnaire was applied by one of the researchers to a random sample of users, while the spreadsheet incorporated informations about the whole population attended in the period when the interviews were happening.

Conclusions – The planning of the activities in the UBASF is made through the approach of life cycles, but keeps close relations with "programs" that have as reference pathologies. The analysis of the 53 spreadsheets (443 users), makes evident that almost 15% of these appointments had not been planned, and that the demand profile is basically composed by elders and women in fertile age because of the existence of specific scheduled appointments (Hypertension and Diabetes, Pre-natalm Fammiliar Planning). In the considered to be "openned" appointments (Adults and Children), an attendance that is highly connected to the precarious life conditions of the users may be seen. These aspects show the necessity of reviewing the practices, involving, for example, assistencial activities in groups, without getting restricted to the individualized attendance. They still indicate the necessity of a municipal and state intersectorial link so that actions and interventions with assistance have positive impact in the life conditions and, therefore, of health of these families.

LIANA M. ARIZA
MÁRCIA GOMIDE
ADRIANA V. P. ASSUNÇÃO
ALBERTO N. RAMOS JR
Nucleus of Studies of Collective Health of the Federal University of Rio De Janeiro
Department of Communitarian Health of the Federal University of the Ceará

Communication in the Family Health Program: a study at Germano Sinval Faria health station

This study's objective is to identify and to compare the communication models in Family Health Program professionals who work in Germano Sinval Faria health station, Manguinhos, Rio de Janeiro, with those present in the PSF proposal and research the communicative practice in order to verify in which degree the communication models articulate themselves, support and favor the medical models. Using the authors Inesita Araújo; Antônio Fausto Neto and Janine Cardoso as theoretical references in communication and health areas, two models of communication were identified: the first one is the developmental/ transferential communication model and the second one is the dialogical/ dialogic communication model. In order to identify the communication model present in the PSF proposal, a program reference document analysis was made; to evaluate the communicative practices, three open and semi-structured interviews with the Station's professionals were made. The methodology was structured in speech and contents analysis. But, as the analysis was being made, a series of new questions were identified. The methodological path was, then, molded by the object, that has pointed new ways and has allowed not only to identify the theoretical situations, but also to consolidate the sources that composed the method. It means that the work has, as a structuring axis, the proposal to understand the relationship between communication and the Program's activities success (or not).

DANIELA CARVALHO SOPHIA
Radis Program / Oswaldo Cruz Foundation

Challenges in the change of the model of attentionin a big city, from the health of the family strategy

The Family Health Program -PSF- is a strategic resource, that has the proposal of overcoming the assistencial model, searching to make the access to the health services easier and to provide a personalized attendance, in a more welcoming way, keeping a relation based on close bonds with the clientele and establishing responsabilities related to the maintenance of the health of that community.

The municipal district of Londrina, although possessing a quite weel structured health units network, mainly had its model of attention based on the attendace of the spontaneous demand of the population, in healing character, being little resolutive; which revealed an exhaustion of this model of attention. To overcome this model, these have been prioritized: the rescue of the concept of teamwork, the enlargement of the assitencial covering with quality and the intervention in the damages (illness), but also in the adverse factors of falling sick. The main challenges identified in the implementation of the strategy have been: the lack of preparation of the professionals for acting in this new model of attention, the difficulties involved in teamwork, the distance between the local and the central levels and the little participation of the population in the survey of the problems and in the planning of the interventions. To face these impediments the groups of support to the teams of the PSF have been structuralized, counting on the partnership of professionals natural of different areas, from where protocols of attendance are being produced for the teams, as well as a course of specialization in familiar medicine, specific for the medical professionals. Also integration workshops to serve the community have been organized, in every region of the city, to promote an approach of the local councils and family health teams and to plan the work to be developed in the units with participation of both. It is understood that despite the program congregating strategies that have already been fixed in its implantation, it will only mean expressive changes in the assistance to the health of the population if the professional who in it act, beyond "knowing-how", really articulate reaposibilities, freedom and commitment, adding, this way, mechanisms that transform, in fact, its assistential practice.

BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO
DÉBORA FAVORETO MILANI
FLÁVIA CIMITAN MENDES
SÔNIA REGINA NERY
MARILDA KOHATSU
Municipal Bureau of Health of Londrina

The Family Health Program: evolution of its Implantation in Brazil

The PSF has established itself in one of the pillars of the reorganization of the Brazilian system of health movemet, currently being one with priority politics of government. The consolidation of the PSF is, in the other hand, a diverse and complex process and studies that analyze the heterogeneities of its implantation in the nacional scenery are still too incipient, even so a considerable production concerning local experiences can be found

Understanding this to be an important gap, this study describes the evolution of the process of implantation of the PSF in Brazil, in the period from 1998 to 2001, looking for answers for the following questions: Whe has PSF been implanted? How did the process of its implantation evolved? Which are the characteristics shared by the municipal districts where it implanted itself through time? To find answers to these questions, an ecological study, whose unit of analysis was the municipal district, was carried through. Every municipal district (3,902) that had implanted the PSF until December 2001 was enclosed in the study. This study was conducted with the secondary data proceeding from the various systems of information that embrace the whole country (SIAB, SIM, SINASC, SIA/SUS, SIH/SUS, Census 2000 e population estimates of the IBGE).

The 0 variable and pointers have been classified in three blocks: a) the social-economic and demographic situations of the municipal districts; and b) management and financing of the SUS and the complexity of the network of health services and c) implantation of the PSF.

A single database was created through a system that had been developed off-line and the data were analyzed using the software SPSS for Windows – Version 10.0.1

The presented results evinced, first of all, the great expansion of the family health strategy, from 1998 on, by the gradual increase of the number of municipal districts, states and regions in the country and the magnifying of the covering in the municipal districts. Covering, in 2001, 70.1% of the brazilian municipal regions, this process was heterogeneous in the different macroregions. Second, on the contrary of what was expected, the analysis of the data allowed us to identify that the adhesion of the biggest municipal districts to the Program was precocious. We have observed that, in the period up to 1999, the PSF was implanted in 100.0% of the biggest municipal districts of 17 states and in almost 70% of the municipal districts with more than 500,000 inhabitants. Third, the implantation of the PSF was quite expressive in the municipal district that had a full conduction of the system, reaching 83.7% of these municipal districts in 2001. And, finally, in the last years there has been a great enlargement in small municipal districts, where the PSF has been implanted with high populational coverings.

MEDINA, M.G.
PEREIRA, R.A.G.
HARTZ, Z.M.A.
SILVA, L.M.V.
Federal university of the Bahia
Institute of Collective Health Polar Region of Qualification, Formation and Permanent Education of Staff for Health of the Family Bahia National School of Pública/FIOCRUZ Health

"Receiving Chapecó" and the change in the working process of the Family Health Program.

The Receiving Chapecó, project implanted in Chapecó, SC, has the objective of building a model assistance focused on the user and its necessities and to produce care in line with the Model in Defense of Life (Campos, 1994; Merhy, 1994, 1997; Silva Jr., 1998).

Its implantation is focused in the reorganizationof the working process, stimulated by institucional devices created to promote/toward the change in the health assistence. Great part of the network is organized in Unities of Family Health, what suggested the reorganization of the PSF, having its basis in line with the direction lines of Shelter, Bond, Resolution, Automatism and Health Vigilance.

It is intended with this project to invert the working technologies, from a model based on the hard and soft-hard technologies to another one with preponderancy of the soft-hard and soft technologies (Merhy, 1999, 2000), in the care production.

Object – The object of the research is the project "Receiving Chapecó'.

Objectives – To describe the proposal of organization of the assistance, and the working process, based on the Receiving Chapecó" and to analyze the evidences of change in the inversion of the working technologies in the production of care in the PSF.

Methodology – Bibliographical research of the assistence models, processes and technologies of the health work, interviews with key informants and direct observation of the working process.

Conclusions – The users have had a more agile attendance, because of the Shelter, which inverted the mediocentric assistence to a multiprofessional one. Data have shown that the Shelter team has solved as a rule 30% of the health problems. A medical schedule has been opened, in association with the suppression of the "filling cards" used to ration the access.

Potencialized the assistance capacity installed.

Further evidences of the reorganization of the working process could be verified in the Nursing, which is more present in the process of taking clinical decision and in the direct assistance to the user. In a better relationship within the team during the work, making knowledge and practice interact. A bigger sensitivity of the professionals when taking care of the users has been observed, what humanized the relation. The criterion of risk for the clientele that search for assistance criterion has changed, fortifying the "social risk" as the criterion that determines the therapeutic and watchful projects.

TÚLIO FRANCO
MIRVAINE PANIZZI
Doctoral study in Collective Health - Unicamp
Manager of the Chapecó Municipal Disctrict Health Bureau-SC

Elements for the elaboration of a project of promotion of teenagers´s health: the view of the Family Health Program (PSF) health professionals

The damages to the teenagers´ health are frequently associated to the sexuality expression, to violence and to the overuse of alcohol and drugs. These damages and their consequences are more expressive among the teenagers of the settlements located in the periphery of the Distrital Capital. One of the ways of facing these damages is to promote the teenagers´ health and development in the basic attention context from actions implemented by the PSF.

Object – Promotion of Teenagers´ Health in the basic actions context.

Objective – To collect information with the health professionals of the PSF in order to guide the elaboration of a project of promotion to health and development of the teenager in the PSF context in two communities with low ammount of rent of the DC.

Methodology – In this study were used the focal group technique, carried through with health professionals of the PSF of two communities of low ammount of rent of the DC. It was used an interviews script approaching topics such as: use of the spare time by the teenagers; damages that mostly attack the teenagers; determinative elements of these damages; how to face this reality, and the PSF health professionals´ responsibility.

Conclusions – The results show that: (1) while the young men ramble searching for something that awake their interest, the girls perform actions that demand maturity and responsibilities still not reached; (2) although the not planned pregnancy, the violence and the overuse of substances are frequent, the main problem the adolescents struggle with is the hopelessness about the future and the lack of change perspective; (3) the teenagers´ problem are created by the social exclusion, that imposes notorious difficulties in the performance of the social roles of the adolescents as much as of the parents; (4) the confrontation of the disgraces that attack the teenagers happens in a process of social inclusion, with a consequent access of the family to gains, health, education, leisure and culture; (5) the interviewees recognize the complexity of the social inclusion strategies and, at the sime time, recognize the necessity of participation of the PSF health workers, and for that they need to improve their skills in the approach of the adolescents and improve their knowledges related to the promotion of health and development of this group.

MUZA, GILSON
COSTA, MARISA
Health Secretariat of the Distrital Capital

Program of Attention to the Grave Chronical Pacient (PAPCG): a strategy for the family health teams

The PAPCG was implanted with the objective of attending the high complexity chronical pacients with high level of medical reconfinement and guarantee the continuity of the domiciliar assistance, involving the family and increasing the adhesion to the treatment.

The methodology used is the "Cases Manegement". The sequence of events in the PAPCG is: 1) *Captation of cases for the team*: by reference of the hospital clinical body, by the teams, spontaneous demand and active search. 2) *Pacients´ inicial evaluation:* through domiciliary visit, the eligibility criteria are evaluated and the pacient´s cadastre is accomplished through epidemiologic inquiry. The inquiry evaluates: the pacient´s Functional Capacity through the Daily Life Index, perception of the Life Quality through the Daily Life Index. Registers containing medical confinement history, evaluationof the domiciliary environment, including a social-economic evaluation according to the Economic Classification of Brazil Criteria, identification of the cuidadores and survey of the pacient´s general necessities are made. 3) *Attendance:* various actin are implemented: definition of the manager of the case; direct attendance by the team; treatment enhancement, through checking, medication resignification and administration besides the acquisition of resources, if necessary; informations return to the assistant doctor; accomplishment or facilitation of dressings; facilitation of the access to the health services; domiciliary care trainning; accomplishment of workshops with the care takers; establishment of partnership with the SUS, if considered reasonable.

After 18 months of performance of the PAPCG, there was a 88% reduction in the medical confinement average of this population, which means that the medical confinement/year changed from 2.7 to 0.3.

The PAPCG is reasonable in public health, with good acceptance by the customer and the cuidador. The implantion of the PAPCG of the IPSEMG generated a noticeable trend towards modifying the grave chronical pacient´s medical confinemet pattern. The implementation of the therapeutical plan, in which care is one of the basic actions for the success of the PAPCG has led to significant changes in the family´s/care takers´, in the assistant doctors´ and in the pacient´s behavior.

LOPES, ÂNGELA M.F.; MENDONÇA, VALDA M. F.; CHAVES, SANDRO R.; AMADO, ROBERTO; BITTENCOURT, ROBERTO J.; SÁ, VALÉRIA M.M.; RIMULO, ALCIONE L.M.; TEIXEIRA, BRENO C.; OLIVEIRA, ELIZABETH H.; SILVA, ÊNIO R.; BASSI, MARIA L.Z.; CHAVES, MÔNICA.

The definition of the attribution and abilities for the psf in the municipal district of São Paulo – the combined construction and the use of alternative technologies.

To assure the objectives of quality in the organizative processes of the structuring of the Municipal Health System in the capital of São Paulo, it was necessary to build consensus around the responsibilities and/or competences and attributions of the Network of Support to the PSF implantation, which are formed, since the communitarian health agente/teams/co-ordinators of the districts/managers of the UBSs, managers of the Health Districts, regional interlocutors, Partner Institution and Central Coordination of the PSF. Therefore, it became necessary to guide the responsibilities of each instance of this Network.

This work presents the construction, development and evaluation of the integrated and active construction of this set of attributions proposal. It is also highlighted the working methodology adopted in the conduction of this process, characterizing new ways of "doing" the teamwork to effectively happen.

The use of interactive experiences was a variable that made the process easier, sensetizing and mobilizing the social actors involved.

As final results we have the construction of the commitments and combined and specific attributions, presented in the Technician Manual published by the Municipal Secretariat of Health: GUIDING DOCUMENT-RESPONSIBILITIES OF THE NETWORK OF SUPPORT TO THE IMPLANTATION OF THE PSF

Also presented and discussed are the important subsidies obtained with the development of the entirety of activities and incorporated to the continuity of the work programming of the own Support Network.

LAÍS HELENA RAMOS
PATRÍCIA PEREIRA DE SALVE
São Paulo Municipal Secretariat of Health

Communication, information and vigilance to health co-ordination (CIVIS) – a proposal for the integration of the modalities of domiciliary attention of the Family Health Program with the vigilance to health in a basic health unit.

The PSF has been offering new challenges to the services of primary attention, in a way of reconfiguring its most "classical" technological structure. In the present work, we have specifically detached the challenges that have been issued by the new proposals of domiciliary and communitary actions (domiciliary attention, the different performances of the ACS etc.), taking into consideration the domiciliary and communitary actions that were already being developed by the service. It is worthwile to say that the service being discussed counts on a solid technological tradition in the field of health vigilance, which has its roots in the "classical" Epidemical Vigilance (VE), amplified in the last two decades by various technological developments (Programatical Actions in Health, different proposals of Health Vigilance etc.) that, in practice, have meant a magnifying of the situations under vigilance, above all of those that are detected in the moment of assistance (STD, CA ginecological etc.), as well as the magnifying of the criterion for request of Domiliary Appointment, an activity originally related to the "classical" VE proposals (focus covering-cobertura de foco, missing TB in the appointment etc.), which is now extended to other situations of risk (pregnant women absent from the appointment, modified examinations control etc.). We present, in this work, how the new proposals of domiciliary performance of the PSF are being incorporated in a service that already presents this set of domiciliary actions as a whole, up to here linked with an epidemologic rationality. The answer is materializing itself in a proposal of integration of the two sets of domicile actions, having as a basic technological center the already existing internal system of absents and modified examinations vigilance. The result may now be seen as a general coordination for all the systems of information in the service (sistemas de iformação no serviço), that may involve or not specific actions of domiciliary or communitarian character, besides the diffusion of informations. The new area of performance is being called CIVIS (as in the title) and, more than coordinating the health vigilance system and the actions in the domiciles and in the community, has been aglutinating other actions of potential impact in the quality of the service and in the health of the community, and somehow linked to the management of informations and knowledge: organization of a reference and counter-reference computer guide; integration of the service to the social network of the district; implantation of a management of the collective knowledge of health systems, online services performance.

RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA
LILIAM SALDANHA FARIA
Samuel B. Pessoa Health School Centre / FMUSP
Preventive Medicine Department.

Continuos multiprofessional development via web for family health teams

The IPSEMG has instituted, since 1999, the IPSEMG-Family Program in order to attend the public employees in Minas Gerais and their relatives. Multiprofessional team were constituted, and were called IPSEMG Family Center – NIF, composed by doctors, dentists, psychologists, social assistants and nurses. The program focus is the HEALTH PROMOTION AND VIGILANCE, that requires a differed and continuous capacitation, and also the appropriation of professional abilities to the new attending context. However, the geographic distribution of the teams in all State territory makes the professional's development process expensive and difficult. To counterbalance these challenges, the IPSEMG has launched its CONTINUOUS MULTIPROFESSIONAL DEVELOPMENT SYSTEM, VIA WEB – DMC.

Objectives – Develop, throughout web courses, the competence of IPSEMG-Family Program's professionals.

Methodology – In order to implement the DMC, many tools, softwares and methodologies had to be structured. The DMC functioning procedures were patterned by rules.

The courses called Women's Health, Cardiovascular Health, Life Promotion and Quality, Management for Results and Group Dynamic Workshop were also developed.

In order to guarantee the success of the courses, a functional structure was set up, which included an integrated work between authors, tutors, students, technical team and supporting team. The courses have already been taken by a large number of NIF professionals, in many cities in Minas Gerais. The DMC results are being evaluated by a series of tools as the 'Servqual Research', 'Focus Groups', basis and cut lines Researches, exercises, evaluations and comments posted by students throughout the courses.

Conclusion – The IPSEMG experience in professional development via web, in health teams, is being very useful and used as a reference for new educational projects via web. The presentation will approach the methodology used to develop, accomplish and evaluate the courses, especially practical aspects concerning the obtained results.

MARIA CRISTINA GONÇALVES TORRES
RUBEM MYRRHA
Institute of providence of the servers of the State of Minas Gerais/ IPSEMG

Evaluation of the "Family Health Program" (PSF) in Rio Grande do Sul (RS). The use of the primary attention informational system (SIAB) for assistance of the sistemic arterial hipertension 2002

RS has 465 PSF teams distributed in 263 municipal districts, covering 13% of the total population of the State. In 163 municipal district, 100% of the populacion is covered. The knowledge of the information contained in the SIAB related to the HAS was evaluated, aggravation that must be a worry to any health team in face of its magnitude, transcendent properties and vulnerability.

Methodology – The choice was for an evaluation made through tranversal study the municipal districts where the whole population is covered by the PSF and the team that had been in activity for at least one year. In these cases, the support to the Basic Attention services must be alike and be able to reach a better qualification of attention to health. The sample was restricted to 68 municipal districts in a total amount of 88 Family Health Teams (ESF). It was tried to evaluate through the application of standardized questionnaire to the nurses of the ESF that had been entailed to the current team for more than three months and to the PSF for more than one year, the use of the data of the SIAB that was related to HAS, which are: subdued population, prevalence of aggravations and medical confinement due to Acute Infarct of the Myocardium (IAM) and Cerebral Vascular Accident (AVC).

Results – In 100% of the evaluated ESF, the nurses related they knew the general population of the area covered by the team and the mentioned values coincided with those contained in the SIAB. About the *population older than 20 years*, 39% informed to know it and in 50% of these the data concurrenced with the ones of the SIAB; *prevalence HAS in the municipal district*, 69% said they knew it and there has been a concurrence of 26% with the SIAB; *prevalence HAS in the area*, 48% related to know it and of these, 38% reported concurrent values with those of the SIAB; *medical confinement for IAM*, 70% affirmed to know and the concurrence with the SIAB was present in 28% of those; medical confinement for IAM, 70% affirmed to know and the concurrence with the SIAB was present in 28%; medical confinement for AVC, 69% related to know and of these, 24% reported concurrent values with the ones on of the SIAB.

Conclusion – The use of the SIAB, by the nurses of the evaluated ESF, for basic attention to the HAS is too low considering the importancy of this harms and availability of the system of informations, indispensable tool for the planning of actions and of management in health.

CLÁUDIO A. BANDEIRA MEDINA
JOSÉ I LERMEN
TEREZINHA MARASKIN
CARMEN ESTIMA
SILVIA TAKEDA
State secretariat of Health of the State of the Rio Grande Do Sul
City department of Health of Porto Alegre/RS
Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS

Practices of integration teaching-service-community: a medical education experience in basic attention in a pbl curriculum

The graduated qualification of health Professional has been object of current debates. Pedagogical strategies directed towards the basic-clinical integration, precocious insertion of the pupil in service, diversification of learning sceneries and curricular contents focused on the health reality are being implemented in medical schools of the country. The medicine course of the Universidade Estadual de Santa Cruz was implanted in 2001, adopting the Problems Based Learning-PBL, being structuralized in in interdisciplinar modules. One of the modules of the course is called Practices of Teaching-Service-Community Integration-PIESC, that accur in the four first grades, through one year.

Objective – A description of the PIESC as a learning scenery in the basic attention in the medicine course of the UESC is made.

Methodology – The PIESC is a longitudinal modulem with working time of 135 annual hours, in one turn per week, developed in groups composed by 10 pupils, two instructuros, in partnership with the community and the health services in a Family Heaçth Program-PSF. It uses the problems based methodology, in which the observation of a reality is the fact that leads to the learning process. The moments of development are: reality observation and diagnosis, identification of health problems, the health problem becomes the priority, development of theories on the problem that is now a priority, planning and intervention in the observed reality. In every moment the community participation is privileged, using the Situational Strategic Planning as a tool. In the first grade, the working focus is the community, and the pupil concentrates himself on the reality of the collective. In the second grade, the focus is in the organization and management of services and basic health unities. In the third grade, the student´s insertion occurs from accompanied families, happening the begging of the practice of acquirements, skills and competences exclusive of the medical professional.

Considering the curriculum which is being implanted, the fourth grade has not been planned yet.

Conclusion – The insertions of those who are graduating in the health área, in particular students of medicine, in basic attention services, with emphasis for the PSF, provides and collaborates for the consolidation of the SUS, the formation of ethical, human professionals with qualifications to work in and with groups, responsible and compromised with the individual and collective attention and with the curricular revision.

ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO
ADRIANA BENJAMIM LEAL
ANA MARIA DOURADO LAVINSKY FONTES
CRISTINA SETENTA ANDRADE
EVANI MOREIRA PEDREIRA SANTOS
MARILENE DE OLIVEIRA ARAÚJO
ROSANE LOPES ARAÚJO MAGALHÃES
PIESC Planning Commission- Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

Development work proposal for the insertion of the familiar boarding in the Family Health Project

The Family Health Program (PSF) was implanted by the Ministry of Health in 1994, aiming at the universalization of the basic attention to health, through a model that assured to the families the access to the primary health cares and the improvement of the life quality. The Secretariat of Health of the state of Ceará (SESA), difined the PSF as the base that would define the structure of a new health model in 1994. This conception of health model differs from the biomedical model that center the health professional´s approach in the perspective of the individual isolated from his familiar and social-cultural context, seen through the illness. The PSF extends the health concept and the approach is centered in the new object of attention, which is the family. With the new object of attention, it is is felt the necessity of inserting the family in the courses of the Public Health School of Ceará (Esp-Ce).

Object – Work proposal of discussing the insertion of the Familiar Approach in the curriculums of the courses of the Family Health Project.

Objectives – To contribute for the elaboration of learnings objectives in the unities and modules on the Familiar Approach in the courses of the Family Health Project: Specialization in Family Health and Medical Residence and of Family Health Nursing with participation of the professors of the ESP-Ce and technician of the SESA.

Methodology – The methodology used was the Life History, Guided Study, Video Presentation, Experiences and Group Debates for the construction of the learning objectives of the courses of the Family Health Project about the familiar approach.

Conclusions – The proposal has favored the construction of competence and abilities that subsidized the learning objectives (general and specific objectives), the development/personal/habilities, as well as the difinition of teaching-learning methods (tutorial section-PBL-, method adoptedin the Esp-Ce, Guided Study, Interactive Exposition, Experience and Working Workshops).

It was also discussed the necessity of the PSF health professionals to develop the self-knowledge in order to work with the values of the families and of the communities. It also favored gave a chance for the participation of everybody in the elaboration of the learning objectives, based on the previous contents and acquirements, basing and giving a new meaning to the already proposal that already existed in the courses and medical residences of the Esp-Ce subsidizing the process of teaching-learning of the participants of the courses (doctors and nurses of the PSF) in the State of Ceará.

ANAIR HOLLAND CAVALCANTE
Public School of Health of Ceará

The profile of health community agents The building of a knowledge

An issue that caused polemics in the incorporation of health community agents working in big cities was the fear that the activity of these professionals could inadequately duplicate the work performed by nursing professionals.

Starting from the premiss that the role of the agents should be the one of a community elements which would foment transformations in health practices and not the one of an executor of nursing actions, an experiment at the HCS was conducted trying to acknowledge the profile and role of these agents.

Material – It's constituted by a group formed by the author (hygienist doctor with formation in mental health), a nurse and twelve community agents that got together on a weekly basis for 6 months.

Method – Group management using operative technique, towards and approach of the health problems of the community worked by the agents, acknowledgement and posterior analysis of these problems, enabling the exchange of knowledge among the participants, the emergency of the unknown and reconstruction of knowledge. The data was compiled by the author as a field report.

Results – Important points like the ambiguity of the agents (promoters and receivers of the actions), their prejudice, morality and the question of secrecy were worked on. The same way, fantasies, idealizations and the unknownness were presented and discussed by the health unity about the community.

Conclusion – The community agent is the element that promotes, in the health team, the reconstruction of a narrative about the families and the communities, leading to a kind of knowledge that enables health promoting actions more efficiently.

DULCE MARIA SENNA
Health Center School "Dr. Samuel Barnsley Pessoa"
Dpt of Preventive Medicine FMUSP

Interdisciplinar approach in the family scope: experience story

The present work has as study object the report of the experience of a multiprofessional team of residents of Specialization in Social Medicine – ISC/UFBA, acting in 2002 in the health service Communitary Complex Full Life-CCVP in the Sanitary District of Pau da Lima-DSPL, Salvador/BA about the use of a Familiar Intervention Protocol. This protocol consists in a metodological instrument, in experimentation, inspired in the Cuban assistencial model that aims in making possible a sistemic approach of the family, valuing the biopsychosocial aspect of the individual and its family. This instrument is composed by the identification of the user, psychosocial history, housing and sanitation conditions, familiograma with diagram of the familiar relations, sicken history, family and individual data inventory, objectives at short and average terms, actions proposed with the definition of the responsible ones, beginning and ending of the actions, pointers and regularity of the evaluation as well as reached results. The work happens through the use of the instrument in locus by all the members of the team. It has the objective of divulging the experience of systematization of the use of these instruments by a multiprofessional team of residents in some families of risk attended by the health service. This way, it is expected that the divulgation of this experience allows the adoption of this protocol by other health services, enabling a better understanding of the concept of interdisciplinarity to happen having as a base its use in the health practice.

Ana Carolina Lavigne
Carolina Pedroza de Carvalho
Laíse Rezende
Institute of Collective Health of the Federal University of the Bahia
State Secretariat of Health of the Bahia/BA

People's education and primary attention to Family Health

People's Education and Primary Attention to Family Health is an extension project developed six years ago in a community in the outskirts of João Pessoa – PB, which has, as work tool, the People's Education idealized by Paulo Freire following the Integral Primary Attention to Health. It supports the concept of integrality, with the aim of forming a more socially committed professional. Students of 11 majors of the health and social sciences organize themselves in interdisciplinary pairs and visit the families of the community weekly, promoting preventive and mobilizing actions for the development of participating in health policies.
Through group activities, the community radio, the prevestibular course, discussion groups of pregnant women and of the spinal column, the psychological treatment, nutrition treatment, laws assistance, connection with health services, direct participation in the Dwellers Association meeting and the continuous participation of the community as member and transforming agent of the project's actions and training. This aims help contribute to the academic education, approaching the student to the social reality dealt with, acknowledging the structure of the health-disease process and searching means of technical intervention that respect its interests and culture together with the SUS services and the local social movements; research on the ways of educative and sanitary intervention. The visits to the families are on a weekly basis and permanent. Creating commitment bonds between the student and the family, praising the student's discourse and feeling equal to them, going beyond a purely technical view of the visit, observing the biopsychosocial aspect. Meetings with debates about the Primary Attention to Health and cases from the community are discussed weekly, with visits of other collective health groups and professionals that help in the mentioned themes. It's now observed a knowledge of the various types found among the local population; methodological, sensitive and reflection growth to interfere correctly in the demands of the community, through the many formation and discussion spaces.

Alessandra Nunes de Melo
Janalyne de Carvalho Correia Moreira
Joedna Souza de Medeiros
Juciany Medeiros Araújo
Liana Mirela Souza Oliveira
Mário José de Araújo Neto
Renata Rolim de Sousa
Ricardo Sousa Soares
Roberto Mendes dos Santos
Vinícius Ximenes M. da Rocha
Waneska Martins Pereira
Eymard Mourão Vasconcelos
Wilton Padilha
Universidade Federal da Paraíba UFPB

The PSF and the basic attention pointers (pact 2002): a first analysis in municipal districts of the state of mato grosso.

The Unique System of Health homologated by the Constitution of 1988 and the Health Organic Laws have introduced elements with conducive potential of advances in the health field. Among these, the change of the healing logic of the preventive, also expressed in the principle of integral attendance with priority on the preventive activities, without damage of the assistential attendances. The Family Health Program (PSF) appears in 1996 in the Country as a political strategy in health that aims at the implementation of the SUS according to those premises. In the State of Mato Grosso the first teams of PSF have been implanted in 1997 and in 2001 most of the municipal disctrict already had part of the population covered by the program. The objective of this work is to analyze some of the pointers of health considered by the Health Ministry in the Pact of the Basic Attention (2002) in municipal districts of MT, with with distinct coverings of the PSF. 16 municipal districts of different sizes, social-sanitary levels and coverings by the PSF have been studied, about wich data from the DATASUS and from de Estate and Municipal Secretariants of Health have been collected to consolidate the pointers of the Pact 2002. The analysis of the evolution of these pointers, from1996 to 2001, could inform little about the repercussion of the PSF in the Basic Attention. However, many points for reflection had been raised, among which stand out: a) the reduced number of some events, in small municipal districts, whose occasional variation raises difficulties to the analysis; b) events that happen slowly and with difficulties, whose pointers only must reflect an improvement, in medium and long terms; c) events whose "worsening" may be consequence of the improvement of the system responsible for them; d) interference of the quality of the fulfillment of the instrument that collects the data, when the epidemiology is not the guiding logic; e) difficulty for accessing the data for the construction of specific pointers. The importance of the standardization of the set of pointers that help in the accompaniment of the Basic Attention stands out, as well as the pact that is formed with its parameters, by the municipal districts and states. However, it must be emphasized the necessity of a larger stated period for the evaluation of the evolution of these pointers and mainly the necessity of concomitant adjustments to its use, that make them more trustworther and useful.

ANDREA JACUSIEL MIRANDA
JOÃO HENRIQUE G. SCATENA
College of Medical Sciences – UFMT
scholarship holder PIBIC/ISC-UFMT
Institute of Collective Health – UFMT

Implementation of alternative proposition to the file the families covered by the PSF

FHP was implemented in the city of São Paulo in 2001, in the context of questionings about the SFH, among which the insufficiency of the FICHA A for the individualization of personal data and the collection of information relevant to the situation of a big urban center. Also, the insufficiency of the managing reports for supplying instruments to the actions in the unity are highlighted. As an answer to these criticisms, an expanded FILE, containing, besides the FICHA A data, the data requested by the National Health Card (NHC), besides new harms to the health, risk situations to the health and violence. This FILE intends to be an "anamnesis" of the family, orienting instrument to the work to be done in the homes and in the health unity; it also allows the individualization of the personal data collected by the file, in order to be later related to the also individualized data of the serving in the unity. It's compatible with the present System for the Family Health (SFH), as well as the NHC.

AIMS – Evaluate the feasibility of its implementation and the appropriateness and relevance as managing instrument, evaluate the quality of the data for the formulation of health diagnosis in the area of coverage of the actions.

Methodology– The FILE was implemented in 4 teams of the FHP in 2 Health Center Schools in the city of São Paulo, one located in the downtown area of the city and the other in the suburbs. A software for the input, study and export of data to the SFH and the NHC was created, besides the linking of the data of the unit serving. The main analyzed variables were the ones relating to harm and health conditions, age, sex, income, education, number of people at home, housing and time of living in the neighborhood.

Results – There is no significant co-relation between the variables related to health conditions and harms and the referred health conditions. However, the data related to life conditions showed the existence of more homogeneous geographically restricted sub-areas.

Conclusions – 1) The FILE is operationally viable, despite the fact that its application rhythm is slower than that of FICHA A; 2) the additional data allow more accurate health diagnosis, besides spotting more vulnerable sub-areas; 3) the filing process allows the identification of more vulnerable families and the instrumentalization of the team work; 4) the FILE, connected with the services data facilitates the production of management reports.

SALA, A; SIMÕES O; LUPPI, C. G; NOVAES, H. M. D
Centro de Saúde Escola / FMUSP
Centro de Saúde Escola / FCMSCMSP
Departamento de Medicina. Preventiva / FMUSP

Expanded file in family health as an instrument for the diagnosis of life and health of population

With the implementation of FHP in the city of São Paulo from 2001 on, a FILE of families in 2 Health Center Schools were created experimentally, expanding the group of data requested by FILE A, including the data requested by the National Health Card, besides new harms to the health, risk situations to the health and violence. This expanded FILE tries to be an orienting instrument to the work in the health unity, at home and in the health management and inspection activity.

AIMS – Use the FILE as an instrument for the diagnosis of the health of a population covered by the FHP; compare the indicators obtained from the FILE with the more subjective impression of the health community agents (HCA) about their micro areas.

Methodology– The FILE was implemented in 2 teams of the FHP in the Health Center Schools Samuel Pessoa of the FMUSP (CSE), in the city of São Paulo. Variables relative to: referred harm and health conditions, age, sex, income, education, number of people at home, housing, coverage of health plan and time of living in the neighborhood were analyzed. An average score of life situation (ASLS) was built for each micro area. Finally, it was asked the HCA that they put the 12 micro areas that form the area of coverage of the CSE in order of importance, according to the difficulty to conduct the work in health. The score that summarizes the opinion of these HCA was calculated.

Results – There is no significant relation between the ASLS in each micro area and the prevailance of harm or life situations referred. There is significant co-relation between the ASLS in each micro area and the variables in the education between the ages of 20 and 29, income per capita, number of people per bedroom, percentge of families covered by health plan, time of living in the neighborhood and rate of children below 12 years old, qhen considered in their average by micro area. Three homogeneous sub-areas with behavior different from the indicators were identified. The ASLS has consistent co-relation with the opinion score of the HCA.

Conclusions – The FILE is able to identify sub-areas of population that face the worst life conditions, allowing, thus, to concentrate efforts in these places where iniquity expose individuals more intensely to harms to health. To treat a population in a neighborhood as homogeneous in its need (material, cultural, social) may strengthen the actual inequalities existing in the health and life field.

SALA, A; SIMÕES O; LUPPI, C. G; NOVAES, H. M. D
Centro de Saúde Escola / FMUSP
Centro de Saúde Escola / FCMSCMSP
Departamento de Medicina. Preventiva / FMUSP

Technoassistencial elements in the analysis of the basic attention to the health in brazilian big cities

The Program of Health of the Family, introduced since 1994 in the scope of the SUS, presented a significant expansion on the number of Teams of Health of the Family with the transference of federal resources of the Fixed and Changeable Floor of Basic Attention for the municipal district since 1998. This expansion occurred in a more intense way in the small municipal districts (more devoid of social and sanitary resources) and in cities of up to 100.000 inhabitants. This process happened, in part, because of the intention to extend the covering in unattended and poorer areas, and for the great capacity of induction of the federal financial incentives for the smaller municipal districts, remaining a large gap in the development of the PSF in the Brazilian big cities. This work had the objective of recognizing some of the revelant elements of the administration and management of the local systems of health and the technoassistencial models of the big Brazilian cities and of identifing where the application of financial investments could give a more dynamic feature to the conversion of the traditional assistencial models in a way that leads to the expansion of the Strategy of Health of the Family in Brazil. In 2001, an exploratory analysis was carried through, using a qualitative methodology, in 7 Brazilian cities (with more than 200,000 inhabitants) where the PSF is still inexistent in SUS network and in others where the Program coexists with the traditional model of attention. Differences in the standards of investments in health in the basic attention were verified; the fragility in the managemental mechanisms, of planning and regulation of the basic attention and of the PSF; the common strategy of using the PSF with the objective to inaugurate or to extend the covering of basic actions of health.

Despite the PSF being considered by managers as a better model of sanitary attention, the Program faces great resistances because it is believed to incur the initial increase of medical demands, heavy expense with the system, difficulties in the captation of able professionals and the precariousness of the employment contracts.

It follows that the investments in the conversion plans must be managed by the development conditions of the basic attention and arranged in groups based in three dynamic conditions: the Inaugural Basic Attention Model one, the Reinforcement of the Basic Attention Model and the Reorganization of the System Model one.

CÉSAR FAVORETO
SULAMIS DAIM
ROSÂNGELA CAETANO
Institute of Social Medicine - UERJ
Integral Medicine Subject -FCM-UERJ

Integration of the Family Health Program to the Health Services Network

The strategy of Family Health aims is, according to the MS, to reorient the assistencial model based on the basic attention, although it remains a debate on its characteristics of selectivity and focusing. The present work presents the results of evaluation of the PSF that has been carried through in ten large urban centers with wide field work that included: interviews with sectorial controllers, questionnaires filled out by members of the teams and questionnaire applied in sample of user families.

In this article changes of the assistencial model relative to the conformation of integrated system are evaluated, analyzing the constitution of the USF as an entrance door, the integration of the USF with other levels of complexity and the presence and use of reference mechanisms.

An integrated system of health implies in a hierarchy of services and existence of first contact service. In order to work as an entrance door, the USF must be accessible, consist on regular search service and work as a filter and starting point of the flow through the network, in a search for the best option on how to take care of each necessity, under coordination of the generalist doctor.

The set of analyzed criteria evidences that in most part of the studied municipal districts the USF had still not become the entrance door, lacking of adequate integration with the other levels of assistance and also with the rest of the basic network. Diverse municipal situations have been identified: the USF have substituted all the traditional basic units, it did not occur any substitution or the two kinds of units coexist with or without overlapping. The results suggest that there is stronger probability that the USF become the entrance door in the cities where a substitution of the traditional basic network took place. In the municipal districts where the PSF was implanted as parallel program, the USF was the service of regular search for only one third of the families and was little solicited in illness episode occurred in the 30 days that forewent the research. About the constitution of an integrated network it has been identified in most part of the studied municipal districts the existence of some kind of regulation for reference establishment and the structuring, in some of them, of appointment scheduling central offices, with definition of services quotas.However, the presence of these mechanisms was not enough for the effective functioning of a reference system. Most of the professionals of the ESF did not recognize the existence of integrated system reiterating as difficulty the incipient counter-reference.

Ligia Giovanell
Sarah Escorel
Maria Helena M. de Mendonça
Patty F. de Almeida
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Analysis of the Family Health Program in the municipal district of Natal - RN: innovations in the assistance?

The present study is situated in the field of the politics of health, directed to an analysis of the implementation of health programs. Specifically mentioning the analysis of the Family Health Program (PSF), it intends to map its innovative possibilities of organization of the assistancial practices, in the unique reality of the city of Natal/RN, in the Nineties. In a wider perspective, it is placed in the municipal health politics context, expressed in the dynamics of actors, institution and users, representing a prime initiative of evaluation of the process of implementation of the PSF in this municipal district. The study included a bibliographical and official documents analysis, besides the accomplishment of interviews with key actors of this process. It was also made a bibliographical revision of the subject, prioritizing the discussion of its main concepts and theoretical landmarks, as well as its historical evolution, from the original ideas of the familiar and communitarian medicine. The author examines the process of implementation of the Program in Natal (in the period from 1997 to 2000), basing herself on studies of multiple cases, detaching: the conceptions of the distinct actors; adopted phases and strategies; main assistencial innovations; limits to its operacionalization; and the expectations of the actors in relation to the future of the PSF. The experiences of the assistencial units located in the quarters of Guarapes, Felipe Camarão and Cidade Nova have been selected for analysis, for being the only pioneers in the implantation of this program. It finishes presenting the main results of the cases, comparing them and developing, based on themselves, a study of the correlation between effectiveness processes, performance, and impact of the PSF, followed by necessary proposals to its perfectioning. Key Words: Health of the Family; Assistencial Model; Politics of Health.

NADJA DE SÁ PINTO DANTAS ROCHA
Family Health Capacitation Pole of Rio Grande do Norte

The nurse: professional practice and The building of identity

This work aims to study the identity of the nurse in the Family Health Program (FHP), program implemented by the Ministry of Health in 1994, and is being developed by the FHP teams in ten municipalities of Paraíba. To know the process of building of this identity we chose the categories calling, ideal of work and autonomy, fundamented by theoretics for the Sociology of Careers. For the development of the work we started from some suppositions: FHP, by proposing the joining of professionals in health teams, allows the nurse to have control over their object of work, allowing them to outline their professional identity more clearly; their identity is better defined in the FHP, since it proposes a new dynamic in the services, allowing the sharing of knowledge and decisions, this way giving more professional autonomy in the work process in health. The FHP gives the nurse more social and political reputation in terms of decisions in the work process by proposing horizontal relationships among the members of the team; the proposal to conduct a multidisciplinary and integralized work results directly in the professional identity.

Maria de Fátima Santos de Araújo
Federal University of the ParaíbaUFPB

Elaboration of instruments for evaluation of the working process of teams from the Family Health Program: a methodological challenge

The Family Health Program – FHP, launched in 1994, reached, in 2002, approximately 50 million people, through the work developed by 16.463 teams settled all over the country (Brazil, 2002). This unique expansion has allowed studies and reflections about the implementation of the Program in many states and towns, as well as the development of studies and researches about the training and work of the selected groups. Taking into account the diversity in the development of the actions of the teams in the various regions of the country, there is the need to elaborate methodological proposals and instruments to monitor and evaluate the teams' work, aiming their improvement to achieve the totality of care. This way, this work aims to present a collection of instruments to evaluate the work of Family Health teams, created from a case study in Vitoria da Conquista-Ba, in September, 2001. This collection includes 6 questionnaires to be applied respectively to the many members of the team (ACS, nursing assistant, odontology assistant, odontologist, medical doctor, orderly) in order to analyze the nature of the team practice in 5 large categories: planning and management in health; health promotion; health protection; health assistance; rehabilitation. These sets of questions, tested in a selected group, may constitute a multipurpose technology that allows the periodic evaluation and monitoring of the routine actions of FHP, while also serving as pedagogic and didactic material to be used in process of training and continued education of health laborers. The presentation of this work aims to stimulate the debate about the technology of elaboration of self-applying evaluating instruments, as well discuss the limits and possibilities of investigation of the health practices inserted in the Family Health Program.

Andrea da Paixão Silva
Institute of Collective Health of the UFBA

Evaluation of teams of the Family Health Program (FHP) in Rio Grande do Sul (ES) based on the infrastructure for the assistance of systemic arterial hypertension – 2002.

The State of RS has 465 teams of the FHP distributed in 263 municipalities, covering 13% of the State's total population. In 263 163 municipalities the coverage reaches 100% of the population. The infrastructure offered to the FHP Assistance to the Systemic Arterial Hypertension (SAH) was evaluated, which must be of concern of any health team due to its magnitude transcendence and vulnerability.

Methodology – The option was to evaluate, using a transverse study, the municipalities with all the population covered by the FHP and the teams that had been in activity for at least one year, because in these cases the support offered to the services of the Basic Attention may be similar, enabling better qualification of the health attention. The sample was restricted to 88 Teams of the Family Health (TFH). The conditions offered by the Municipal Manager in relation to the infrastructure were object of evaluation, according to the existence of equipment in good condition for use, sufficiency of medicine, access to lab tests and availability of services of reference.

Results – *Equipment:* sfigmomanometers, stethoscopes, scales and measuring tapes were found present in more than 90% of the TFH, oftalmoscope in 57,4% and armbands for obese people in 23% of them. *Complementary Tests*: 72% of the TFH have access to all exams evaluated (Qualitative Urine Test, creatinine, serum potasse and cholesterol and glicemy test), and in 60% of them in enough quantities. *Reference Services:* 67% of the THF have acces to specialized services to the attention of SAH. *Medicine:* 80% of the TFH evaluated have the medicine recommended by the Ministry of Health: Prpanonol, Hidroclorotiazida and Captopril, and in 56% of them there was also Nifedipina available.

Conclusion – The initial hypothesis of lack of infrastructure to detection, accompanying and evaluation of hypertense patients was not confirmed. Most of the TFH have equipment in good condition of use, tests and medicine accessible and in enough quantities, as well as availability of reference services.

MARIA DE FÁTIMA SANTOS DE ARAÚJO
Federal University of the ParaíbaUFPB

Analysis of the assistencial practices in the health of the woman area in the teams of the Family Health Program – a case study in a selcted state

The Family Health Program is inserted in a political and institucional decision context of supportion of the Basic Attention in the Unique System of Health. Considered as a structuring strategy of the municipal systems of health, it has demonstrated potentiality to provoke an important movement of rearrangement of the present attention model.

Initiated in 1994 presents an expressive growth, mainly in last the two years when it reaches coverage of more than 50 million people.

Willing to analyse the components of structure and of process in the implantation of the family health teams, the Department of Basic Attention of the Secretariat of Politics of the Health department initiated, in 2001, an inquiry named "Monitoring of the Implantation and Functioning of the Family Health Teams". From the informations generated in this Monitoring the present work was developed.

The model used in this study is an evaluative one, which incorporates the normative evaluation in its component of structure and process and promotes an evaluative research, privileging one of the three implantation analysis components, which means, what defines the contextual determinative of the degree of the intervention implantation degree. The chosen procedure is the unique case study with imbricated levels of analysis, where it was taken as unit of analysis the assistencial practices relative to the woman health area in the PSF teams and the context of its implantation in a previuosly selected state.

The study enabled an arregement of the teams according to the degree of implantation of the assistencial practices in the women´s health area. It was verified that most of the teams presents intermediate degrees of implantation and a small percentage is in the extremities of the *very critical or adequate* classifications; factors as population size and management conditions of of the municipal district do not seem to exert influence on this classification, on the other hand the covering of the program in the municipal district is associated with the implantation degrees and indicates the concern of an expansion process disassociated from conditions of structure and process necessary to the good performance of the teams; the working carga horária of the professionals of the teams presents association with better degrees of implantation.

However, this analysis requires methodologic deepening in a way of extending the validity of the content of the implantation degrees measure and to use multivaried analysis in the verification of the influence of the context elements in the implantation of the intervention.

FHP was implemented in the city of São Paulo in 2001, in the context of questionings about the SFH, among which the insufficiency of the FICHA A for the individualization of personal data and the collection of information relevant to the situation of a big urban center. Also, the insufficiency of the managing reports for supplying instruments to the actions in the unity are highlighted. As an answer to these criticisms, an expanded FILE, containing, besides the FICHA A data, the data requested by the National Health Card (NHC), besides new harms to the health, risk situations to the health and violence. This FILE intends to be an "anamnesis" of the family, orienting instrument to the work to be done in the homes and in the health unity; it also allows the individualization of the personal data collected by the file, in order to be later related to the also individualized data of the serving in the unity. It's compatible with the present System for the Family Health (SFH), as well as the NHC.

AIMS – Evaluate the feasibility of its implementation and the appropriateness and relevance as managing instrument, evaluate the quality of the data for the formulation of health diagnosis in the area of coverage of the actions.

Methodology– The FILE was implemented in 4 city and the other in the suburbs. A software for the input, study and export of data to the SFH and the NHC was created, besides the linking of the data of the unit serving. The main analyzed variables were the ones relating to harm and health conditions, age, sex, income, education, number of people at home, housing and time of living in the neighborhood.

Results – There is no significant co-relation between the variables related to health conditions and harms and the referred health conditions. However, the data related to life conditions showed the existence of more homogeneous geographically restricted sub-areas.

Conclusions – 1) The FILE is operationally viable, despite the fact that its application rhythm is slower than that of FICHA A; 2) the additional data allow more accurate health diagnosis, besides spotting more vulnerable sub-areas; 3) the filing process allows the identification of more vulnerable families and the instrumentalization of the team work; 4) the FILE, connected with the services data facilitates the production of management reports.

HELOIZA MACHADO DE SOUZA
CÉLIA PIERANTONI
ZULMIRA HARTZ
Social Medicine Institute of UERJ
Oswaldo Cruz Foundation

SALA, A; SIMÕES O; LUPPI, C. G; NOVAES, H. M. D
Centro de Saúde Escola / FMUSP

Evaluation of the implantation of the Family Health Program in the assistential-academician program of Florianópolis

The study has the objective of developing a strategical evaluation and one of the implantation of the Family Health Program in an area of integration of teaching/services of health, the Program Assistencial-Academician Program of the municipal district of Florianópolis, with the intention of adjusting the health professionals training to the necessities of the SUS. Having as a reference the implantation and the national proposals of the Family Health Program context, it has been prioritized, as way of apprehending the inquiry object, the way how the managers, professionals and pupils saw things, found out in interviews developed with qualitative methodology, in order to know the perceptions of the actors of the programs in relation to the implantation scenery and to the constituents of new proposal as practice under construction. With this approach, it was intended to give a special prominence to the potential that exists in the examination of the health system social actors, through its recognition as essential citizens able to accomplish transformations and identifying the importance of its participation for the implantation of a new assistencial model.

The results have indicated that the experience of the Assistencial-Academician Program, constituted as working object of teaching and of practices, strongly supported in the personal inclination (ideological) of the professionals, facilitated the incorporation of the new Family Health Program. When implanted, it promoted interactive processes of professional practices that were understood as primordial technologies and as determinative of changes in the professional identities, and added programmatical determination to these practices through its institutionalization, enabling itself to have a bigger influence on the education and on the organizacional form of attention to health.

The practices have been structuralized in a more consistent, systemize, collective process, with more organized interactions than the ones that could be found in the previous situation, synthecizing aspects of the Primary Attention of Health and the Communitarian Health. It was possible for the managers to evolve, from a specific local experience, to a form that is part of a wider proposal, a national one. Sectorial and health system difficulties, that had not been influenced by the program, as well as the necessity of a human resources politic that endorses and stimulates the professionals, have been identified as necessary factors to the continued sustentability. The knowledge produced by the investigation will be able, in similar initiatives, to bring about a better understanding of its processes development.

MARISTELA CHITTO SISSON
Federal University of Santa Catarina
Health Secretariat of Florianópolis

Basic attention to women's health: subsidies to the elaboration of manual for the town manager

The recent process of decentralization of the Single Health System – SHS has been quite heterogeneous in the many Brazilian regions and states. The municipalization and strengthening of the basic attention to health have been configurated as important strategies to the broadening of people access to health actions and services. In this context, the implementation of the women's health attention policy has been influenced by the process of municipalization, as well as by, mainly, the process of reorganization of Basic Attention. This work aims the systematization of subsidies for the elaboration of a MANUAL OF ORIENTATION TO THE SHS MANAGERS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE BASIC ATTENTION ACTIONS FOR THE WOMEN'S HEALTH IN MUNICIPALITIES, considering the documents that define the women's health in Brazil and the new definitions of organizing and structuring the system of health assistance of SHS, published in January, 2001, through the Operational Standard of Health Assistance. Initially, a bibliographical and documental review aimed to the construction of a theoretical referential about reproductive health and the characterization of the present women's health policy was conducted. Also, information from documents that specify the political-managemental duties of the town manager and the outline of the offer of health actions and services directed to women's health attention were collected and analyzed. Eight theme areas related to reproductive health were found and the only area mentioned in all documents were obstetrical assistance and cervical cancer prevention. In relation to the other health actions, a predominance of assistance actions over health promotion and prevenction was observed. Another important point for the management process of women's health attention in the municipality is the incorporation of the problems of the women's health system in the town's health plan, and this dissertation considers a proposal for the programming, execution and evaluation of specific actions, through a situational strategic focus. For the improvement of this proposal, the application of this test in some towns of different sizes and regions is proposed.

MARTA ROBERTA SANTANA COELHO
Ministry of health

The innovations in the Management of Human Resources in HFP as an organizing axis of a new work process of the teams of the Family Health

This work is resultant of the research "*Evaluation of the implementation of the Family Health Program in Big Urban Centers: case studies*", conducted between 2001 and 2002 in Aracaju (SE), Brasília (DF), Camaragibe (PE), Campinas (SP), Goiânia (GO), Manaus (AM), Palmas (TO), São Gonçalo (RJ), Vitória (ES), Vitória da Conquista (BA), in which the factors that could facilitate of difficult the process of implementation of the program in its many dimensions were analyzed. In this article the dimension related to the reorganization of the professional health work needed for the development of FHP is highlighted, trying to notice innovative process in the management of the human resources in health. Many aspects were analyzed, such as the composition and profile of the Family Health Team (FHT), ways of selecting and hiring people to the program, work conditions and wages, rotativity of the teams and establishment of links with the population, and processes of training the professionals. The information was obtained through interviews with managers of the SMS, of the SES and of the hiring institutions, as well as through questionnaires answered by professionals of the HFP.

A great variety of situations related to the organization of the work process of the FHT is noticed, in terms of the profiles of the professionals, as well as hiring mechanisms, types of selection and processes of training, with different impact in the configuration of the program, in the rotativity of the professionals, in its integrality, in the problem-solvingness and quality of the actions and, in the building of bonds with the community. In general terms, the profile of the team shows the perspective of creating a source of money and jobs in the sector for low-income groups, especially young and women, even if from a relation at times informal and with weak ties, threatening the continuity of this policy. The different remuneration of the more capable professionals was a strong call to the FHP, although it wouldn't always guarantee that the professional would stay. A vulnerable aspect in the organization of the team work refers to the formation of the professionals, renewing the critics to the forming system to suit to the assistance changes desired and indicating the insufficiency of state poles to fulfill the demands for continued education of the many professionals, to guarantee the strengthening of the new work division and the interaction with the many agents in the cares and in the promotion of health.

MARIA HELENA M. DE MENDONÇA
MÔNICA SENNA
VALÉRIA CASTRO GOMES
SARAH ESCOREL
LIGIA GIOVANELLA
Nupes/Daps/ Ensp/Fiocruz

The implementation of the PSF in big urban centres

The implementation of the PSF in Brazil had two clearly defined periods: from 1994 to 1998: one of them characterized by the focused development in small and medium-sized municipal districts in northeast and southeast regions, with worst social indicators; another one, with strong spreading of the coverage and introduction levels of the program in center-west , southeast and south regions, in big municipal districts and capitals with better social indicators. The changes and the increasing in teams payment explain the spreading period, as well as the institutional program consolidation. It is worth evaluating the processes and the impacts of the implantation of the PSF in this second period in a peculiar universe: the 224 Brazilian municipal districts with population above or equal to 100 thousand inhabitants.

Object – Evaluation of the implantation of the PSF in municipal districts with population above or equal to 100 thousand inhabitants.

Objectives – (1) Comparative evaluation of the implantation process of the PSF in big Brazilian municipal districts and its performance in basic attention; (2) Subsidize the construction of a monitoring proposal of the implantation o the PSF in these municipal districts, considering the peculiarities of the basic attention models and the PSF developed; (3) Know the working pattern of the municipal health systems and the role of the PSF in the basic attention (re) organization; (4) Systematize the institutional factors which positively or negatively stipulated the basic attention (re)organization.

Methodology – It is considered that the implantation of the PSF and the performance in basic attention are results of the combination between the variations in structural characteristics of the municipal districts and in characteristics of the implanted health systems. As independent variables, 159 indicators were used, which referred to the assistential offer conditions in the municipal districts (installed capacity, production, coverage, financing and expenses) obtained to 2000 and 2001. From the statistical treatment of these indicators (factorial multivaried analysis and cluster analysis) homogeneous groups of municipal districts were created, in order to evaluate the interference degree of these characteristics in the performance and in the results of the implantation of the PSF and of the basic attention models that were developed. The implantation process of the PSF and the basic attention models used were evaluated by making a self-applicable questionnaire for the universe of the studied municipal districts.

Conclusions – The implantation of the PSF is still a process under development and its impacts were not largely studied yet.

ANA LUIZA D´ÁVILA VIANA
CÉLIA PIERANTONI
LUIZA S. HEIMANN
LUCIANA DIAS DE LIMA
REGINA BONFIM
ROBERTA GONDIM DE OLIVEIRA
SERGIO DA HORA RODRIGUES
MARIA ANGÉLICA GUERCIO
GABRIELA VIANA MOREIRA
Department of Preventive Medicine of the USP
Nucleus of Inquiry in Services and Systems of Health of the Institute of the Health of SES/SP
DAPS/ENSP/FIOCRUZ NEPP/UNICAMP IMS/UERJ

PSF implementation strategies in big urban centers

In this work, implementation strategies and modalities are discussed concerning the Family Health Program in big urban centers, using results from an evaluation research of the PSF in tem cities. The information sources included interviews with managers, questionnaires self-filled by team workers and instruments to interview the inscribed families. Aiming at the identification and analysis of the implementation strategies of the PSF, some points were investigated: the participation of the key-actors, the reasons elucidated by managers and the conception of the implanted models, the implantation process rhythm, the manage shape, the population coverage, the installed capacity and the kinds of PSF units.

In the implantation process adopted, polar models were observed concerning the rhythm: 'fast' – implantation of a great number of ESF intending to obtain a coverage maximum in the shorter possible period of time; and 'gradual'- progressive implantation with the evaluation of the results obtained in a pilot project. In the fast processes bigger resistances came up with the potential to break the former basic attention's structure, without an adequate substitution. Considering conception of the Family Health models that were implanted, some polar situations were observed: as a strategy that intends to change the assistential model by changing the traditional basic units or as a program formed simultaneously to the attention structure that preexisted. In strategy conceptions, the substitution of the former units was total or partial and in some cases new health units of the Family Health were created, spreading the coverage to areas without assistance, coexisting with the traditional basic net without superposition.

The conception of the model was, in part, related to the PSF administration model, observing specific coordinations in Manaus, Brasilia, S. Gonçalo and Goiania cases, in which it was implemented as a program, and in Camaragibe, Aracaju and Campinas the unique coordination constitution, linked to the basic attention, suggesting a wider substitution process. The ESFs were installed in many kinds of health units: mini-stations placed in rented or ceded immobiles, converted basic units, new units that were specially built or in traditional health units as tenants. Concerning the mini health stations placed in rented immobiles, a low PSF supporting potential was observed, as well as the insufficient space for the activities.

SARAH ESCOREL
LIGIA GIOVANELLA
MARIA HELENA M. DE MENDONÇA
NUPES/DAPS/ ENSP/FIOCRUZ

The implementation of the Family Health Program in local scenery: some elements for analysis

Throughout the 90s, in the context of Estate reform, political-administrative descentralization and consolidation of SUS, a series of providences were implanted in the hole country, in order to guarantee stable financial sources for the health sector, improving in attention quality, universalization of the access and consolidation of public management.

On top of this process, the Family Health Program (PSF) appears with the perspective of reordering the model of assistance, in order to guarantee a bigger efficacy of the services, social control incentive and to narrow the relationship between families and the health team. However, the big regional inequality and the profound differences between the descentralization processes in states and municipal districts forged heterogeneous and complex scenery, converted, in a deep analysis, in a diversity of program implantation experiences. Under these perspectives, the consistent study of the PSF limits and advances has been requiring the comprehension of the various circuits that form the local scenery – in terms of its epidemiological, political, institutional and participative local boundaries, - and that influence the organizational performance assumed by the program. This work intends to discuss the implantation of the PSF in the municipal districts of Camaragibe, Aracaju, São Gonçalo and Distrito Federal, in order to identify the possible interactions between the program form and the different incentive structures, efficacy of the local health system, experiences of social participation and accountability mechanisms that were constituted. There were used informations produced by the research "*Evaluation of the implementation of the Family Health Program in big urban centers – 10 case studies*", coordinated by Professor Sarah Escorel (ENSP/FIOCRUZ) and composed by interviews with Municipal Health Managers Secretariats and Municipal Health Councils users´s spokesmen, and also with questionnaires application in the program members, user families and access to IBGE and DATASUS data banks. The study showed that aspects related to the constitution of local health system, in terms of quantitative and qualitative services offer, technical-administrational capacitation concerning the SMS, investments in other attention levels and the local political tradition are crucial variable components for the comprehension of the PSF implementation experiences diversity.

MÔNICA SENNA
ROSANA MAGALHÃES
Fluminense Federal Universtiy
National School of Public Health/FIOCRUZ

Evaluation of the implementation process of the Family Health Program in Mato Grosso municipal districts: program doctors´ and nurses´ opinions

This work focuses on the opinions from doctors and nurses of the Family Health Program about the PSF implementation in municipal districts in Mato Grosso. The relevance of this study is associated to the wide spreading of the program teams in the last two years. Besides having being stimulated by the Ministry of Health, this expansion was anchored in the priority that was given by the Health Estate Secretary. The PSF proposes a set of innovations, like the way that the teams work, requiring new roles and attributions from the professionals. The study is characterized as a process evaluation research, in order to identify the professionals´ opinions and judgments about the program itself, based on the characteristics of its working and on the activities made concerning to those foresighted. Self-applicable formularies were sent to 564 professionals from the 284 PSF teams in the Estate in 2002. 52,7% of them answered the questionnaire. Between those who answered, 51,0% are nurses and 47,8% are doctors, and 90,5% are linked to the City Halls. The temporary services contract covered 65,2% of the professionals. 38,5% of them receive other benefits from the City Halls. In terms of health attention system innovations, 75,1% and 70,8% of the professionals emphasized that the PSF is able to change the municipal district attention model and can favor the citizenship and social participation. 91,7% of the interviewed had a positive opinion about objectives and results of the program, concerning to the link between professionals and families. A fact that stands out is the "total agreement" of approximately 80% of the interviewed, referring to the program performance in relation to health promotion, medical confinement taxes reduction and the PSF performance as an entrance gate of the local system. The coverage propitiated by the program actions in relation to populational groups was considered "high" for pregnant women (81%); children (75%); old people (72%). It can be concluded that the program has the potential to induce changes in the professional work processes and to modify the attention model.

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SPINELLI
ANA MARIA CANESQUI
ISC-UFMT
DMPS-UNICAMP

Life quality in populations attended by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo municipal district

Populations' life quality has been studied and operated as a condition to assure a good health standard to the population. Many studies have been conducted with the patient population. In this communication, a part of a research that analyses the Family Health Program (PSF) implantation impact, the intention is to evaluate life quality of the populations attended by the PSF in São Paulo municipal district.

Material and Methods – In order to evaluate Health-Related Life Quality, a questionnaire called 'The Short-Form-36 Health Survey' (SF-36) was used. It contains 8 dimensions which punctuation varies between 0 and 100. The SF-36 was applied in people of 50 years old or more. To test differences between average points, the adjusted Wald's test was used.

Results – The 8 dimensions of the SF-36 were examined in each area. The comparison showed that there are no statistically significant differences between Life Quality values of interviewed people in both areas (covered and not-covered by the PSF). The analysis of the hole number of interviewed people showed the following values for each dimension: Functional Capacity: 73,4; Physical Health: 73,4; Pain: 71,5; Health General State: 73,0; Vitality: 65,8; Social Aspects: 83,0; Emotional Aspects: 81,0; Mental Health:71,4. The comparison with international data from a research made in England with people linked to the 'Family Health Services' and in the sub-group from 55 to 64 years old showed that: the averages in British population are higher than in our population in six of eight dimensions; the bigger differences are verified in physical dimensions; the Vitality dimension is the one that has the smaller value in our sample, as well as in the British research. This is a common tendency to the great majority of SF-36 studies.

Conclusion – Differences in Life Quality were not observed using the SF-36 instrument between interviewed people from areas with the PSF and without the PSF. This result may be reflecting the Program recent implantation, as it is known that expected impacts demand a bigger observation period. The comparison with international data can evidence differences attributed to economical conditions, in the level of Life Quality.

JULIO LITVOC
H. MARIA DUTILH NOVAES
CHESTER L. G. CÉSAR
MOISÉS GOLDBAUM
Department of Preventive Medicine/FMUSP
Department of Epidemiology/FSPUSP – FAPESP.

Evaluation of the Family Health Program in eight big urban centers: the families' point of view

The evaluation of the families in eight big urban centers was made with 100 families in Vitória da Conquista (BA) and Goiânia (GO) and 240 families in the other six municipal districts. The research universe, chosen with the PSF coordination, was linked by ESF well succeeded and with difficulties. In each ESF, microareas were selected using a simple aleatory process and the families were picked out from ACS data. In the month before the research, half of the families were attended by ESF, made by ACS in five of the municipal districts and by doctors in Goiânia, Vitória da Conquista and Aracaju. The ESF nurses made, at most, 15% of the attendings, which were overcame by the nursing auxiliaries in all cities. Most of the people attended: knew the professional (83%); considered that he was attentive (97%); that provided informations (74%); and that had knowledge to solve the health problem (60%). The families informed that they knew the ACS responsible for their living area (96%) and that they had already been visited by the ACS (93%); considered the ACS domiciliary visits as good or excellent (81%), that the ACS knew family's health problems (75%) and community's health problems (73%); had a nice relationship (86%) and provided orientations about health care (83%). The families reported few attending problems, most of them related with doctors. More than 50% of the families reported the existence of chronic disease patients, except for Palmas. Between 30% and 67% of these patients did not receive any kind of health accompany. In average, there were hypertension patients in 30% of the houses (except for Palmas – 15%). Between 12% e 20% of the hypertension patients were not accompanied, but most of the patients under treatment were accompanied by the ESFs. In 4% of the houses there were pregnant women and the great majority of them were doing pre-natal exams. Approximately 20% of the families had children up to 2 years old; between 16% and 33% of them informed that the children were not accompanied. The families considered that, with the PSF implantation, the neighborhood and the family health conditions, as well as the attending in case of illness, increased. More than 65% of the researched families were satisfied with the PSF. The most reported negative factor was the attending access. Although most of the families said to be satisfied with the PSF, between 50% and 76% of them proposed some program modifications, specially those related to the ESF professionals and to the attending access.

SARAH ESCOREL
LÍGIA GIOVANELLA
MARIA HELENA MENDONÇA
MÔNICA DELGADO
NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Family Health Program: diverse sceneries in adverse conditions

The Family Health Program is pointed by the Health Ministry as leader of the reorientation of the basic attention in Brazil, and will probably contribute for the implementation of a new assistencial model in the country guided by the paradigm of the health promotion. This way, a rationalization of the medical-ambulatorial and clinical attention is expected according to the profile of the necessities and demands of the population. In practice, however, it is verified that the municipal experiences of implantation and implementation of the PSF are diversified. In a more restricted scenery, the PSF is configured in the same pattern of a typical health program, with an offer of simplified attention. In an intermediate perspective, the program consists of a strategy of reorganization of the basic attention. Finally, in a more advanced scenery, the implantation of the PSF produces a rupture of the local attention model. The present work intends to analyse conditions that favor or restrict the implantation of the PSF and condition the described sceneries. The presented reflections are mainly based in the data captured in a qualitative study of the evaluation of the implantation of the PSF in Bahia (2001-2002), which considered the perception of different social actors (managers, technician, teams members, etc.) of the state and municipal instances. It becomes evident that, in a general way, in the implantation of the PSF in the municipal districts in Bahia the intermediate or restrictive sceneries prevail.

Among the challenges met in the process of implantation of the program in the state, the following may be pointed out: uncertainties about the political sustentation of the proposal that guarantees financial and technological support in the three managing instances; ignorance of the municipal health system, what makes the assistencial rearguard difficult; the parallelism between the PSF and the traditional basic attention; limited technological accumulation; low coverage of the program in most of the municipal districts, causing insatisfaction in the uncovered areas, besides making the recognition of the Family Health Unity as the system entrance door difficult; high alternation of the professionals as a result of both the inexistent identification with the rules of the proposal, and the deep insatisfaction with the working conditions; deficiencies in the qualification process: discontinous education; deficient infrastructure.

LENY TRAD
ISC-UFBA

ProAB – an instrument of programming f or teams of the basic attention

The programming of actions of the basic attention by the health teams has been a challenge for the municipal managers. The search to instrumentalize this process all over the nation, respecting the particularities of each municipality and each health team, has led to the construction of an instrument of programming for the basic attention teams, called ProAB, in the second semester of 2002. It´s a software available in CD containing even font codes. Such instrument was constructed along with the professionalizing master's course taken by technicians of the Ministry of Health together with the ISC/UFBA, when a judgmental analysis of the programming instrument of basic attention, component of the integrated programming system – SIS/PPI 2002, was being held. The aim of this study is to describe the instrument and show possibilities of its usage even in teams of basic attention of the family health program and traditional health unities of the SUS of each municipality. The methodology uses collection, processing and analysis of the information of the process of construction of the ProAB, during the second semester of 2002 and the first trimester of 2003. The results show the possibility of making ProAB available to municipal managers, municipal councils and teams of basic attention, as well as an operational instrument of commitment and dimensioning of the team actions locally. The potentialities and limitations of ProAB to support the programming and commitment of the team health in the conduction of the actions agreed with the manager and local and municipal health councils will be discussed, ending with suggestions and recommendations about the continuous improvement of the instrument and process of programming of the basic attention.

LUÍS FERNANDO ROLIM SAMPAIO
CLAUNARA SCHILLING MENDONÇA
Secretary of Health Attention
Ministry of Health

Este livro foi impresso no papel Supremo 250 gr da Suzano para a capa, em 4/0 cores.
O miolo, no papel Offset 120 gr em 1/1 cores, utilizando Pantones Solid Coated.
A fonte usada foi Univers 47.
Produção gráfica: Arte Contexto
Impressão e acabamento: Gráfica e Editora Teixeira