

Fabiane Goulart dos Santos Silva

**A ATENÇÃO BÁSICA COMO EIXO  
ESTRUTURADOR DE UM NOVO MODELO DE  
ATENÇÃO: AVANÇOS E DESAFIOS**

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

Orientador: Prof.Dr. Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima

Belo Horizonte, 2010

Fabiane Goulart dos Santos Silva

# **A ATENÇÃO BÁSICA COMO EIXO ESTRUTURADOR DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO: AVANÇOS E DESAFIOS**

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

Orientador: Prof. Dr. Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima

Banca Examinadora

Prof. Maria Terezinha Gariglio  
Prof. Patrícia Diniz

Aprovado em Belo Horizonte: 18/12/2010

## Resumo

O fortalecimento da Atenção Primária é uma forte tendência mundial com o objetivo de oferecer melhores serviços de saúde para a população, além de racionalizar os gastos em saúde. Avanços no sistema de saúde brasileiro vieram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual trazia a saúde como direito de todo o cidadão e dever do Estado. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado visando estruturar a atenção básica como porta de entrada para os serviços de saúde, além de ser visto como um meio para a promoção dos princípios do SUS, tais como a universalidade, a integralidade e a equidade. Belo Horizonte destaca-se no cenário nacional ao adotar precocemente e de maneira eficiente os princípios, as indicações do SUS e implantar amplamente o PSF. Melhoras no sistema de saúde desta metrópole podem ser demonstradas através da análise de dados epidemiológicos, porém muitos entraves ainda impedem um maior avanço das práticas de saúde propostas pelo PSF e alguns deles foram analisados e discutidos objetivando a melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

**Palavras chave:** Atenção Primária, Sistema Único de Saúde (SUS), Programa de Saúde da Família

## Abstract

Strengthening Primary Health Care is a strong global trend with the goal of providing better health services for the population, in addition to rationalize spending on health. Advances in the Brazilian health system came with the creation of the Unified Health System (SUS) which brought the health for all citizens and the duty of the state. The Family Health Program (PSF) was implemented in order to structure primary care as gateway to health services, and is seen as a means for promoting the principles of the SUS, such as universality, comprehensiveness and fairness. Belo Horizonte stands out on the national stage to take early and effectively the principles, indications of the SUS and widely deploy the PSF. Improvements in the health system in this city may be demonstrated through the analysis of epidemiological data, but many obstacles still prevent a further advancement of health practices proposed by the PSF and some of them were analyzed and discussed aiming at the improvement of health services rendered to the population.

**Key words:** Primary health care, Unified Health System, Family Health Program.

## **Lista de Tabelas e Gráficos**

<b>Gráfico 1</b>	Percentual de partos de mães adolescentes em Belo Horizonte, 1996 a 2004	39
<b>Tabela 1</b>	Distribuição das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, Belo Horizonte, 2001 a 2004	40
<b>Tabela 2</b>	Taxas de internação por asma e pneumonia em menores de 5 anos em Belo Horizonte em 2003 e 2004	42
<b>Gráfico 2</b>	Coeficiente de mortalidade por causas externas, BH, 1980 a 2004	43

## Sumário

1- Introdução .....	5
2 - Objetivos.....	9
3 - Metodologia.....	10
4 - Desenvolvimento .....	11
4.1 - Origens da Atenção Primária.....	11
4.2 – Evolução do sistema de saúde brasileiro e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.....	12
4.3 - Histórico do Sistema de Saúde de Belo Horizonte.....	16
4.4 – A Atenção Primária em Saúde no município de Belo Horizonte e o Programa de Saúde Família .....	20
4.5 – O PSF como eixo norteador da atenção primária em Belo Horizonte: avanços e desafios. ....	22
4.5.1 – Valores do sistema de saúde.....	22
4.6– Diretrizes assistenciais do sistema municipal.....	27
4.6.1 - Atuação em equipe / Recursos Humanos.....	27
4.6.2 – Primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde) .....	30
4.6.3– Acolhimento e demanda espontânea.....	31
4.6.4 – Atenção Domiciliar .....	32
4.6.5 – Estabelecimento de vínculo / Responsabilização do cuidado / Autonomização do usuário .....	33
4.7– Infra - estrutura das unidades básicas de saúde.....	34
4.8 – Educação em Saúde.....	35
4.9 – Registros em Saúde .....	37
4.10 – Resultados do PSF no Perfil Epidemiológico e nos indicadores de saúde de Belo Horizonte .....	39
5 – Conclusão.....	45
6- Referências Bibliográficas.....	48

## 1 – Introdução

No sistema de saúde de vários países do mundo existe forte tendência de investimento na atenção básica. O fortalecimento deste nível de atenção é de fundamental importância para reorganização de sistemas de saúde em nações que buscam promover o acesso igualitário aos serviços e o alcance de um ótimo nível de saúde a todas as classes sociais. Alguns países europeus já valorizam a atenção básica há algumas décadas e tem obtido resultados expressivos no nível de satisfação dos usuários e na racionalização com os gastos em saúde. Tal fato se deve às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, além do emprego de tecnologias apropriadas.

Segundo Giovanella (2008), na atenção primária em saúde tem-se a preocupação com os custos crescentes da assistência médica em decorrência do uso de novas tecnologias, que permanecem em grande parte, sem avaliação adequada de benefícios para a saúde das populações, razão pela qual se introduziu o termo tecnologias apropriadas: tecnologias relevantes para as necessidades de saúde da população, que fossem corretamente avaliadas e tivessem elevada relação custo-benefício.

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 foi um marco na valorização da atenção primária em saúde por todo o mundo. Participaram deste evento 134 países os quais discutiram a responsabilização dos governos sobre a saúde dos povos enfatizando medidas sanitárias e sociais.

A concepção de atenção primária expressa na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a atenção primária em saúde como função fundamental do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais central de desenvolvimento social e econômico das comunidades. Portanto, envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter sócio-econômico (GIOVANELLA, 2008).

Segundo Starfield (2002), são características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a

garantia do cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades menos freqüentes e mais complexas.

É importante ressaltar que o início de organização dos serviços da atenção primária aconteceu em países desenvolvidos, como a Grã-Bretanha em 1920. Nesta época, já se propunha a formação de equipes, o desenvolvimento de atividades preventivas e o centro de saúde como local para desenvolvimento de tais ações.

No Brasil, o processo de consolidação da atenção primária se arrastou por várias décadas e sofreu influência dos sistemas de saúde de outros países, além de se alterar devido aos problemas políticos e econômicos passados pelo país.

Avanços no sentido de mudanças mais contundentes no sistema de saúde brasileiro aconteceram na década de 80, com a reformulação da Constituição Federal e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como princípios básicos a universalidade, a integralidade e a equidade. Este sistema também valoriza a participação popular e a estruturação dos serviços de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Em 1994, na tentativa de fortalecer a atenção básica, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF). Esta estratégia além de priorizar a promoção da saúde, a prevenção dos agravos e a reabilitação, busca prestar o cuidado de maneira integral e contínua. Segundo Starfield (2002), outra expectativa do PSF é a diminuição dos custos em saúde. Acredita-se que, concentrar o atendimento na atenção básica contribua para a diminuição dos custos por meio do aumento da resolutividade e uso racional de tecnologias, além do desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção à saúde.

A mudança no sistema de saúde brasileiro ainda pode ser considerada recente, se comparada a outros países que seguiram a tendência da valorização da atenção básica. No entanto, percebe-se que diferenças no modo como essas mudanças foram apresentadas à população e os apegos culturais ao modelo

médico-centrado baseado em especialidades têm se tornado pontos dificultadores para o progresso do PSF em nosso país.

De acordo com Franco & Merhy

O Programa de Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor. Um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde (Alma Ata, 1978) mostra similaridades entre as três propostas, que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde. (FRANCO E MERHY, 1999, p.1)

Em Belo Horizonte - BH, o sistema está implantado desde 2002 e, inicialmente foram priorizadas áreas de maior risco para adoecer e morrer, segundo o índice de vulnerabilidade, um indicador que associa indicadores de base populacional do IBGE com indicadores da saúde (MINAS GERAIS, 2009 – b). Quanto à questão da adesão dos profissionais ao novo programa foram oferecidos incentivos para os que já atuavam nos centros de saúde. Para a Prefeitura de Belo Horizonte a estratégia de saúde da família deveria substituir a forma de organização anterior e possibilitar uma mudança na rede de serviços, sem redes paralelas e concorrentes.

Antes da implantação do PSF a atenção básica no município de Belo Horizonte era voltada para o atendimento médico com foco nas três clínicas principais: geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia. A lógica de atendimento era centrada na doença e no atendimento médico hospitalar (MINAS GERAIS, 2009 – b).

Em 2003 foi lançado pela Secretária Municipal de Saúde o documento “BH Vida: Saúde Integral”, com o objetivo de realizar um processo de discussão e avaliação da nova política de saúde implantada no município. Com relação à atenção básica foram levantados pontos que eram considerados entraves ao funcionamento dos centros de saúde e a qualidade do atendimento prestado. A partir de toda essa discussão no âmbito da gestão municipal, foram feitas definições estratégicas descritas em um documento denominado: “Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal – 2003”. Neste documento, o Programa de Saúde da Família passou a ser compreendido como eixo norteador da atenção básica, com diretrizes



definidas, a ser implementado pelos diversos profissionais dos Centros de Saúde. Além disso, foram apontadas as diretrizes assistenciais do processo de trabalho: o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico de saúde da família, a equidade, a participação no planejamento, desenvolvimento de ações intersetoriais e o acolhimento.

Atualmente, a rede de atenção básica de Belo Horizonte é formada por 145 centros de saúde, considerados as principais portas de entrada para os serviços do SUS-BH. O atendimento é realizado por 508 equipes de Saúde da Família formadas por profissionais como médicos, enfermeiros, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, dentistas, psicólogos, dentre outros profissionais (MINAS GERAIS, 2009 – c)

A atenção básica da capital mineira vem sendo considerada referência nacional devido à ampla cobertura do Programa de Saúde da Família, uma vez que, os grandes centros urbanos, de forma geral, apresentam baixa cobertura. O referido programa é o eixo estruturador do sistema de saúde de Belo Horizonte alcançando a cobertura de 76% da população do município, o que corresponde a 1,8 milhões de habitantes (MINAS GERAIS, 2009 – a)

Apesar de todos os avanços demonstrados através de dados epidemiológicos (redução de mortalidade infantil, de mortes por agravos evitáveis e etc.) e ampliação do acesso aos serviços prestados pela atenção básica percebemos vários entraves para sucesso do Programa de Saúde da Família, apontados tanto por profissionais de saúde quanto por especialistas em saúde coletiva. Atualmente temos uma população insatisfeita e não conhecedora das características do programa que as assiste, uma mídia que promove a degradação do sistema público de saúde e profissionais da saúde saturados, insatisfeitos e desesperançosos com a realidade na qual atuam.

Belo Horizonte, apesar de ser referência nacional devido à ampla cobertura do PSF, também apresenta os problemas que acometem a atenção básica no restante do país. Deste modo, faz se necessário um estudo geral sobre as

características do sistema de saúde com ênfase na atenção básica, e em particular, sobre o sistema de saúde belo-horizontino, objetivando uma análise sistemática para colaborar com alguns indicativos e proposições, que apontem na perspectiva de superação dos problemas visando à construção de um sistema mais eficaz e resolutivo para todos os atores envolvidos com o SUS.

## **2 - Objetivos**

### **2.1- Objetivo Geral:**

- Conhecer os avanços e entraves do sistema de saúde Belo Horizontino após mudanças advindas com a implantação do Programa de Saúde da Família.

### **2.2 - Objetivos Específicos:**

- Conhecer o histórico do SUS e da implantação do PSF em Belo Horizonte referenciando o processo ocorrido no Brasil;
- Analisar a importância do PSF como eixo estruturador do sistema de saúde em Belo Horizonte.
- Descrever e analisar as melhorias ocorridas no sistema de saúde brasileiro e belo-horizontino após a implantação do PSF.

### **3 - Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo realizado por meio de revisão de literatura, análise de dados e indicadores sobre o Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária em Saúde e o Programa de Saúde da Família, com foco no processo ocorrido no município de Belo Horizonte.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de novembro de 2009 a março de 2010, utilizando-se as bases de dados virtuais LILACS e SCIELO. Pesquisou-se artigos com os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família, Brasil e BH e Atenção Primária em Saúde, Brasil e BH. Foram encontrados nestas duas bases de dados, aproximadamente, 254 artigos e após a leitura dos resumos foram analisados 46 artigos, entre estes, 11 foram citados no trabalho.

Além das bases de dados virtuais realizou-se pesquisa no acervo da biblioteca do campus saúde da UFMG, sendo analisados livros de autores especialistas em saúde pública, assim como manuais do Ministério da Saúde, guias e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) disponíveis visando reconstituir o processo histórico do SUS nacional e municipal.

Como fonte de dados epidemiológicos utilizou-se os sistemas de informação disponibilizados pelo governo, como o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), dados disponíveis no site da Prefeitura de Belo Horizonte e nos relatórios de gestão do município. A análise destes dados serviu como base para demonstrar a influência do PSF em alguns indicadores de saúde da capital mineira.

## **4 - Desenvolvimento**

### **4.1 - Origens da Atenção Primária**

A organização de um modelo com atenção primária expressiva teve início na Grã-Bretanha em 1920, quando foi proposta a instituição de três níveis de atenção no sistema de saúde deste país. Tal modificação no arranjo organizacional influenciou muitos países, os quais passaram a focar a atenção primária dentro de seus modelos de atenção (STARFIELD, 2002).

Em documento resultante da reunião da Assembléia Mundial, em 1977, foi apresentado o conceito amplo de saúde como direito humano fundamental, ressaltou-se a inaceitável desigualdade existente no estado de saúde dos povos, destacou-se a importância do desenvolvimento econômico e social baseados numa ordem econômica internacional e apontou-se como direito e dever dos povos participar do planejamento e da execução de seus cuidados de saúde. Neste contexto, a atenção primária foi discutida e apontada como caminho para alcance deste conjunto de objetivos (DECLARAÇÃO DE ALMA – ATA, 1978).

Na Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, a saúde foi caracterizada por um estado de completo bem estar físico, mental e social. Para tanto, percebeu-se a necessidade de articulação do setor de saúde com os setores sociais e econômicos devido às grandes desigualdades sociais entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (ALEIXO, 2002).

Nesta conferência, os cuidados primários foram considerados essenciais à saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Nota-se que, já nesta época falava-se em um cuidado envolvendo a família e não o indivíduo isoladamente. Percebia-se, também, a preocupação com o uso racional de tecnologias para a manutenção do

equilíbrio financeiro no sistema de saúde, que possibilitasse o tratamento dos indivíduos de acordo com suas reais necessidades.

A partir da Conferência de Alma-Ata vários países, inclusive muitos deles industrializados com sistemas de saúde já consolidados, passaram a investir na atenção primária. Entretanto, estes investimentos tiveram como entrave o imperativo tecnológico do século XX, o qual foi responsável pela tendência à especialização e à inferioridade do generalista (STARFIELD, 2002).

#### **4.2 – Evolução do sistema de saúde brasileiro e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde**

Desde a chegada da família real ao Brasil foi possível identificar ações para o controle de doenças em nosso território. O enfoque dado era ao combate de doenças pestilenciais e a criação de serviços hospitalares de maneira bastante rudimentar (GIOVANELLA, 2008).

No século XIX, a prestação de serviços de saúde no Brasil se organizava em duas vertentes: as ações de saúde pública - voltadas para a população de maneira geral - e o atendimento individualizado, o qual era usufruído pelos habitantes da zona urbana detentores de condições econômicas para pagar por estes serviços (ACURCIO, 2005).

No início do século XX, devido a necessidades políticas e econômicas, foram desenvolvidas campanhas sanitárias que tinham caráter, sobretudo, emergencial. Numa época onde as exportações estavam ocorrendo a todo o vapor um controle sanitário fazia-se necessário para o combate às doenças, tais como: malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, tuberculose dentre outras. Nesta época se destacava o trabalho de Osvaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito (GIOVANELLA, 2008).

Em 1930, a saúde pública tornou-se uma função do Estado em nosso país. Campanhas de cunho preventivo e sanitária continuavam a ser amplamente desenvolvidas incluindo atividades de profilaxia nas áreas rurais. Na década de 1940, destaca-se o trabalho do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que

aliou ações de caráter coletivo e preventivo à assistência médica curativa vigente. Estas mudanças foram influenciadas pelo modelo de medicina preventiva norte-americana apresentada ao Brasil pela Fundação Rockefeller. A consequência mais marcante dessa parceria foi a incorporação de um modelo de campanha de saúde pública no Brasil que iria marcar a área muitos anos após a saída formal da Rockefeller do país (LACERDA, 2002).

Apesar de todas estas tentativas para o fortalecimento de atividades preventivas e sanitárias, o modelo médico-curativo continuou sendo forte e hegemônico no sistema de saúde brasileiro. Nem a criação do Ministério da Saúde, em 1953, foi capaz de alterar o cenário que estava consolidado.

Com a crise financeira da década de 1970, observou-se um aumento nas taxas de morbidade e mortalidade, uma vez que, o sistema de saúde vigente dependia de tecnologias de alto custo e era dominado pelo setor privado. Tentativas para melhoria deste quadro foram realizadas, porém a situação política e econômica do país não permitia a evolução do sistema de saúde tendo-se como regra a prática de uma medicina excludente e de pouca qualidade.

A década de 80 encontrou o sistema de saúde brasileiro sob forte contestação frente as suas características básicas. Surgiram daí, propostas alternativas de um modelo de saúde, que tivesse como pano de fundo a democratização, com participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público; e a descentralização. Nesta década, a crise da previdência se aprofundou e as possibilidades de solução achavam-se, politicamente limitadas, por outro lado, havia maior participação e organização dos trabalhadores em todos os níveis, inclusive na área da saúde. Paralelamente à crise da previdência, intensificaram-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente. O próprio Ministério da Saúde convocou e organizou, em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os "Serviços Básicos de Saúde" (SOARES E MOTTA, 1997 p.1).

Houve, nesta década, uma ampla defesa de um Sistema Único de Saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi palco para discussões que levaram ao projeto de Reforma Sanitária, o qual teve influência direta na elaboração da Constituição Brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde (2004):

O movimento da Reforma Sanitária realizou, nos anos 80, uma ampla mobilização da sociedade, de forma pluralista e suprapartidária, na luta pelo direito à saúde. Como movimento de reformas introduziu um comportamento distributivo ao afirmar uma agenda de democratização social e econômica, sincrônica à democratização política. Esta compreensão embasou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve a participação de mais de 5.000 delegados e aprovou as bases da proposta de criação do Sistema de Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde - um marco, em nosso país, não só pelo embate do direito à saúde como da construção democrática e participativa de políticas públicas, o que permitiu sua inclusão na Constituição Federal.

Os direitos sociais foram apresentados no artigo 6º da Constituição Brasileira e, entre eles, a saúde é apontada, assim como, a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à infância e à maternidade e a assistência social. No artigo 196, a saúde é considerada direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doença e de outros agravos, para o acesso universal e igualitário às ações e serviços visando a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos (BRASIL, 1988).

É importante ressaltar que, políticas sociais e econômicas são citadas para a garantia de saúde aos cidadãos. Percebe-se que o conceito de saúde é apresentado de uma maneira bem mais ampla do que anteriormente, o que abriu precedentes para novos programas e estratégias. Deu-se assim, a construção do SUS, sistema universal de atenção à saúde tendo como alguns de seus princípios a descentralização, a integralidade e a participação comunitária.

Além do conceito ampliado de saúde, os conceitos de sistema e unicidade também são trazidos com o advento do SUS. A noção de sistema significa que não se trata de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado que interagem para um fim comum. Já o conceito de unicidade traz a idéia de que a mesma doutrina e a mesma dinâmica de organização devem vigorar em todo o país (CUNHA, 1996 apud CAMPOS, 1998).

A partir da Constituição de 1988 e da implantação do SUS inicia-se o processo de descentralização político administrativa no Brasil. Desta forma, amplia-se a participação das esferas estadual e municipal, as quais passaram a desempenhar novos papéis no sistema de saúde por meio de um conjunto de

atribuições e novo modelo de distribuição de recursos financeiros. Fleury & Carvalho *et al* (1997) consideram que:

A revisão das experiências de reforma do Estado em diversos países revelou a presença, em quase todas as agendas, da proposta da descentralização como caminho para a melhoria de desempenho das políticas públicas. Podem ser, entretanto, identificados dois grandes padrões de mudança, a nível dos governos locais. Um, **privatizante**, onde o melhor desempenho é entendido como aumento da eficiência na prestação de serviços, o que é buscado através da transferência de funções públicas a terceiros e da adoção de mecanismos de mercado. Outro, **publicizante**, onde o melhor desempenho é entendido também como um incremento da sensibilidade do governo em detectar e agir conforme as demandas da sociedade, o que é buscado através da instituição de novos mecanismos de interlocução e do aprimoramento da relação entre Estado e Sociedade, ou seja, pela maior influência da população organizada na elaboração e no controle de políticas públicas (Fleury e Carvalho *et al*, 1997 p 54).

No cenário político brasileiro, observa-se no início da década de 90, a presença de uma política neoliberal privatizante com a eleição de Fernando Collor de Mello. Todos os setores do governo foram profundamente atingidos com esta “política de redução do Estado”, sobretudo o da saúde. São editadas, neste período, as Normas Operacionais Básicas (NOB) as quais tinham o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para os estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros (POLIGNANO, 2003).

Segundo Negri (2002), as crises financeiras continuadas marcaram os primeiros anos do SUS e comprometeram a sua qualidade, a sua valia e o seu desenvolvimento. A partir da segunda metade dos anos 90, o orçamento da saúde cresceu. As soluções de emergência são substituídas por formulações que asseguram correções no orçamento federal e no compromisso das demais instâncias de governo, entretanto, sem garantir o financiamento necessário.

Em todo este cenário de mudanças no sistema de saúde brasileiro, inicia-se na década de 1990 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Com este novo programa surge um novo profissional: o Agente Comunitário de Saúde (ACS). As principais funções do ACS eram orientar e instruir a população sobre cuidados e boas práticas de saúde.

Na segunda metade da década de 1990, integra-se ao PACS o Programa Saúde da Família- PSF, que tem o objetivo de reafirmar a atenção primária como eixo norteador do sistema de saúde de vários municípios brasileiros.



### **4.3 - Histórico do Sistema de Saúde de Belo Horizonte**

Belo Horizonte foi planejada para ser uma capital moderna, a qual pudesse oferecer boas condições de vida para seus habitantes. No entanto, desde o início, sua infra-estrutura foi projetada de maneira excludente o que favoreceu um processo de urbanização descontrolado. Este fator teve implicação direta no sistema de saúde deste município (BH, 2009)

Segundo Campos (1998), a ausência de uma política agrária que fixasse o homem do campo no interior do estado e o processo de industrialização deliberadamente centralizado na capital provocou um intenso movimento migratório, registrando-se, em determinados períodos, taxa de crescimento de até 7% ao ano em Belo Horizonte. Registrou-se nas décadas de 1920 a 1940 um grande processo de invasões de terras e formação de cortiços, o que contribuiu para uma aceleração do processo de favelização, o qual já vinha acontecendo desde o início da formação da cidade.

Essa forma de ocupação do espaço urbano determinou a existência de grupos sociais com diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, configurando perfis epidemiológicos e problemas de saúde diferentes (MG, 2009-a).

Vários movimentos foram realizados por parte da população com o objetivo de obter uma resposta do governo para esta situação de condições de vida precária, que vinha trazendo muitos malefícios para saúde dos habitantes de Belo Horizonte. Poucas atitudes, no entanto, foram tomadas e por interesses políticos mantinha-se o planejamento original e excludente projetado para a capital mineira (Campos, 1998).

Nas décadas de 1960 a 1980, Belo Horizonte continuou com seu forte processo de industrialização e com isso as condições de saneamento básico, serviços de saúde e educação apresentavam-se cada vez mais precárias. Tal fato não pode ser considerado uma particularidade da capital mineira, visto que ocorreu em várias outras cidades brasileiras, que optaram por um crescimento industrial acelerado atraindo moradores do campo para a metrópole.

O modelo assistencial vigente em Belo Horizonte era o médico-centrado e a indústria farmacêutica exercia forte influência sobre o mesmo. O acesso aos serviços continuava desigual impossibilitando a universalidade e a equidade.

As pessoas que se encontravam doentes encaminhavam-se, principalmente, aos hospitais, onde, muitas vezes, não conseguiam atendimento. Os postos de saúde ofereciam consultas limitadas por distribuição de senhas o que fazia com que os usuários passassem as madrugadas nas filas para conseguir atendimento. Foram registrados nas décadas de 70 e 80 vários casos de óbitos nas portas das unidades de saúde de usuários devido a este fato.

Outro fato que contribuiu para o entrave de oferta de melhores serviços de saúde e educação para os moradores de Belo Horizonte foi a formação e o crescimento também exagerado das cidades do entorno da capital. Com serviços ainda mais precários que os da capital, os moradores destes municípios procuravam em Belo Horizonte atendimento médico o que tornava ainda mais complicado um desenvolvimento favorável do setor.

Para Campos (1998), a formação da Rede Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) gerou grandes problemas sociais. Talvez o mais sério de todos tenha sido o da saúde de seus habitantes. Neste aspecto é preciso notar um agravante, Belo Horizonte tornou-se referência quanto aos equipamentos de saúde de forma maciça, mas perdeu tributos para os municípios de Contagem e Betim, cidades industriais, fato que concorreu muito para a redução da arrecadação tributária.

Na década de 1990, com influência direta do movimento que se fortaleceu em todo o Brasil para a implementação do SUS, o governo que tomou posse em 1993 em Belo Horizonte viu no setor saúde uma prioridade e um desafio. Investimentos maciços em todos os níveis de atenção eram necessários para garantir à população os direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988. Assim, foram necessários investimentos em várias áreas para que a capital mineira conseguisse reduzir o processo de desigualdade fortalecido por várias décadas. Realizou-se uma política de urbanização tentando melhorar as condições de vida dos moradores das regiões periféricas, houve expansão dos serviços de limpeza urbana, saneamento básico e abastecimento de alimentos, além de investimentos na educação.

Para modificação deste quadro, Belo Horizonte optou por ser a primeira metrópole a adotar indicações do SUS. Entende-se por estas indicações o processo de municipalização com a assunção da gestão plena, da distritalização e da participação popular.

O processo de municipalização teve o objetivo de transferir as atribuições do atendimento à saúde para o município. Desse modo, esta esfera de governo passou a ter mais responsabilidade acerca do modelo assistencial e da prestação dos serviços de saúde. Brito (2004) considera que:

A principal mudança que o SUS apresenta é a descentralização da gestão dos serviços ou a *municipalização da saúde*, que transfere a responsabilidade de gerir a oferta de serviços de saúde da União e dos Estados para o Município. A *municipalização* define explicitamente o município como responsável pelo provimento e pela gestão dos serviços de saúde no seu território. Esta estratégia de descentralização significa uma tentativa de transformar os municípios em unidades gestoras de fato, além de uma tentativa de aproximar a identificação e a busca de soluções dos problemas de saúde para perto dos lugares onde eles acontecem. A municipalização sugere também que a proximidade do gestor de saúde local pode facilitar a identificação das reais necessidades de saúde da população, que participará da definição de prioridades nesta área (BRITO, 2004 p. 11).

O processo de distritalização também se tornou fundamental para o fortalecimento do SUS e para a melhoria do sistema de saúde local. Ao se dividir o território do município em distritos sanitários, tornou-se mais fácil elaborar medidas de intervenção com relação à saúde, devido às particularidades de cada local.

A valorização da participação popular foi também uma conquista advinda da Constituição de 1988 e da criação do SUS. Através de conselhos a comunidade poderia opinar, interferir e até mesmo decidir sobre mudanças no modelo assistencial e qualidade da atenção à saúde dos municípios. Destacou-se também na capital, nesse período, o incentivo à participação popular. Desta maneira, a população começou a participar diretamente do processo decisório de questões que iriam interferir na melhoria de vida na cidade. Foram realizadas reuniões de Orçamento Participativo e formação de conselhos para que, desta maneira, a população pudesse não só opinar, mas também ter o poder de decidir quais setores seriam prioritários para o investimento de recursos.

Com todos estes avanços, a unidade básica passou a ser considerada pelo sistema de saúde como um “centro de referência”, uma vez que, se trabalhando com territórios demarcados seria possível a construção de vínculos com uma determinada população e, além disso, oferecer serviços de saúde de acordo com as necessidades e a realidade de cada local.

O governo da capital mineira optou pela valorização e pelo fortalecimento da atenção básica. Tal processo se inicia com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no final da década de 1990. Segundo o Ministério da Saúde (1998), este programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstanciou na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.

Em 2002, foram implantadas as primeiras Equipes de Saúde da Família nos Centros de Saúde situados em áreas de risco, nas quais deveriam prestar assistência à saúde das populações com maior risco de adoecer e morrer.

No início da implantação a SMSA pretendeu-se utilizar os recursos humanos existentes na rede para compor as equipes e desenvolveu, para tanto, uma proposta de adesão dos profissionais. As primeiras 176 equipes cadastradas foram organizadas com os próprios profissionais da rede. No primeiro ano de implantação, os profissionais que não aderiram ao programa permaneceram nos centros de saúde de origem participando das equipes “ampliadas”, as quais integravam o especialista à equipe básica. Em outros casos, os centros de saúde se organizaram com “equipes de apoio” nas quais os especialistas funcionavam como retaguarda para as equipes do saúde da família (BH, 2005).

Com o objetivo de implantar mais de 500 ESF e com apenas 44% desta meta composta por profissionais da rede, foi necessário viabilizar a contratação de médicos e enfermeiros para as equipes restantes. Com isto, nos primeiros anos de implantação houve contratação de inúmeros médicos e enfermeiros, gerando enorme incremento na capacidade assistencial da rede básica de saúde (BH, 2005).

Durante toda esta década foram realizados vários investimentos na atenção primária. Às equipes de saúde da família foram incorporados outros profissionais como os da saúde bucal, além da presença, nas unidades básicas de saúde, de pediatras, ginecologistas e clínicos de apoio.

A gestão da saúde municipal (2005) optou por vigoroso movimento em prol do fortalecimento da rede de atenção básica, entendendo-a como um ponto do sistema capaz de propiciar à população a atenção necessária para a solução da maioria de seus problemas de saúde, a criação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado.

Belo Horizonte mostrou-se no cenário brasileiro como uma metrópole que apostou no SUS. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de BH (2008), o sucesso da política de saúde, associada ao equilíbrio financeiro e o investimento na atenção especializada (consultas e exames especializados), na regulação do sistema vem demonstrando que vale a pena investir na gestão pública de saúde, e que o SUS é viável, mesmo em municípios com grande complexidade, como Belo Horizonte, que se tornou referência nacional na implantação do SUS, dentre as capitais.

#### **4.4 – A Atenção Primária em Saúde no município de Belo Horizonte e o Programa de Saúde Família**

Em fevereiro de 2002, foram implantadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte. Inicialmente, foram criadas 176 equipes em áreas de risco, nas quais foram alocados profissionais que já trabalhavam na rede de atenção primária do município. Iniciou-se, então, uma profunda mudança no modelo assistencial da capital, onde a atenção primária, por meio do Programa Saúde da Família ganhou expressão, com o objetivo de substituir o modelo anterior, focado no atendimento voltado as doenças. Para tal, toda a rede de serviços de saúde sofreu alterações, mudanças de fluxos foram realizadas e os centros de saúde adotados como a principal porta de entrada para os serviços de saúde (Minas Gerais, 2009 -a).

Esta inovação e a implantação de mudanças abruptas na organização dos serviços e no processo de trabalho trouxeram muitos questionamentos e

conflitos. Com isso, percebeu-se a necessidade de um processo de discussão para avaliação das ações que haviam sido realizadas até então, bem como, contar com a opinião e colaboração de todos os atores envolvidos no processo.

Foram levantados problemas que afetavam o funcionamento dos Centros de Saúde e que desta forma interferiam na qualidade do atendimento. Houve a compreensão da falta de clareza do novo processo de trabalho e de preparo para o desenvolvimento das novas propostas pelas Equipes de Saúde da Família – ESF.

Após todo o processo de avaliação, foi lançado em 2003, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), o documento “Recomendações para a Organização da Atenção Básica” (BH, 2003)

Segundo este documento, como diretriz do modelo assistencial a SMSA reafirmou a saúde da família como eixo norteador da organização da atenção básica e propôs a reinserção de todos os profissionais dos Centros de Saúde neste projeto, no sentido de possibilitar a integração entre as equipes, inclusive com a extensão da gratificação financeira para todos os profissionais da rede básica.

Neste documento, também se definiu as diretrizes assistenciais do processo de trabalho: o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico de saúde da família, a equidade, a participação no planejamento, o desenvolvimento de ações intersetoriais e o acolhimento (SMSA-BH, 2003).

Ao longo dos últimos cinco anos, a atenção primária de Belo Horizonte passou por um enorme processo de evolução. A introdução do acolhimento, o aumento no número de oferta de consultas, a realização de atividades de educação em saúde e a maior oferta de exames e fármacos exemplificam esta evolução. Atualmente, o município conta com 146 Centros de Saúde distribuídos por nove distritos sanitários. São 523 equipes de saúde da família assistindo cerca de 390.000 famílias com 1,7 milhões de habitantes cadastrados, o que significa uma cobertura de 75% da população da capital.

A implantação do PSF trouxe muitos benefícios para a saúde dos belo-horizontinos, como a redução no número de internações, maior cobertura de consultas pré-natal, redução da mortalidade infantil e materna, dentre outros, os quais podem ser demonstrados através de dados epidemiológicos, informações de vigilância e indicadores de saúde. O fortalecimento da atenção primária possibilitou a melhoria dos serviços dos outros níveis de atenção, os quais passaram a ter uma demanda mais controlada. O acesso da população, sobretudo a mais carente, aos serviços de saúde foi bastante facilitado além de muitos outros ganhos trazidos pelas diretrizes assistenciais do PSF. Apesar disso, ainda percebe-se a oferta de serviços de saúde precários, população insatisfeita com o atendimento, profissionais sentindo-se desestimulados e desvalorizados e se observa vários entraves, que serão analisados a seguir, para um avanço ainda maior da atenção primária do município.

#### **4.5 – O PSF como eixo norteador da atenção primária em Belo Horizonte: avanços e desafios**

Segundo dados do IBGE, Belo Horizonte tem uma população de 2.452.617 habitantes, com predominância (53%) do sexo feminino. A população do município é constituída em sua maioria por adultos, ou seja, 57% da população tem entre 20 e 59 anos, seguida de 18% dos adolescentes (10 a 19 anos), 16% de crianças (0 a 9 anos) e, por fim, 9% os idosos (maiores de 60 anos).

A atenção primária tem, então, que se aprimorar para atender uma população com estas características, distribuída heterogeneamente por toda a cidade. Percebe-se que, conforme a região e o grau de risco atende-se, ainda, populações com características bem diversificadas que continuam sofrendo profundas influências de questões sociais e econômicas.

Serão discutidos a seguir avanços e entraves, paralelamente aos valores, princípios e elementos presentes na Atenção Primária por meio do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte.

##### **4.5.1 – Valores do sistema de saúde**

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os valores preconizados pelos sistemas de saúde expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público (OPAS *apud* CONASS, 2007).

O acesso universal, também considerado como um princípio do SUS objetiva garantir o direito constitucional de saúde a todos os indivíduos. Isso significa que todos os cidadãos, independente de contribuição, têm o direito de adentrar aos serviços de saúde e ter garantido o seu tratamento por todos os níveis de atenção segundo suas necessidades (CONASS, 2007).

No âmbito da atenção básica, entende-se que “todos os cidadãos que entrarem nas unidades de saúde deverão ter uma escuta qualificada e uma resposta a seu problema de saúde” (CONASS, 2007).

No Brasil, o tema desigualdade sempre foi abordado intensamente, uma vez que este é um país extremamente heterogêneo e iníquo e teve, desde sua descoberta, políticas excludentes o que deixou uma grande parcela da população vivendo em condições de extrema pobreza.

O acesso universal aos serviços de saúde é de extrema importância para a atenuação da situação presente decorrente das desigualdades sociais. Desta maneira, a população poderá ter acesso às consultas, exames diagnósticos, atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, além da garantia de continuidade de tratamento, em todos os níveis de atenção, quando for preciso.

As mudanças nas características do sistema de saúde de Belo Horizonte, como a valorização da atenção básica e seus pressupostos, possibilitaram uma atenuação da interferência das desigualdades sociais nos cuidados com a saúde. Entretanto, para redução das desigualdades sociais são necessárias ações intersetoriais capazes de integrar as diversas políticas sociais.

A oferta de acesso ilimitado aos serviços de saúde sem recursos que garantam a qualidade dos mesmos e a falta de investimento em outros setores de desenvolvimento social não podem manter um serviço de qualidade que supra as necessidades de uma população, com as características da belo-horizontina.



A equidade, segundo o Ministério da Saúde, é o princípio que propõe tratamento diferenciado a pessoas ou populações sujeitas a diferentes riscos de adoecer e morrer e que possuem diferentes padrões e possibilidades de acesso aos serviços. Para implementá-lo é necessária a definição de prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da assistência à saúde (TURCI, 2008)

Mais uma vez, o foco são às desigualdades sociais que interferem diretamente na saúde dos cidadãos e na qualidade da atenção prestada. A priorização de ações de saúde, segundo as características e as necessidades da população é de extrema importância, não só para identificação ou redução de agravos, mas também, para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

A prestação de serviços com equidade torna-se complicada quando não há um entendimento por parte dos gestores e dos profissionais de saúde acerca do modelo assistencial no qual trabalham. O que se vê em algumas regionais e até mesmo em algumas unidades de saúde são atividades uniformes que não levam em consideração o perfil dos usuários que assistem. É como se seguissem uma fórmula ou uma receita indicada sem levar em conta as particularidades de cada área, pois, dentro de uma mesma unidade de saúde há equipes que atendem populações completamente diferentes. Logo, as atividades desenvolvidas pelas equipes devem levar em consideração as características sociais, econômicas, ambientais e de saúde de cada área de abrangência.

Em Belo Horizonte avanços nesse sentido tem sido muito significativos. Áreas com maior índice de vulnerabilidade têm recebido uma maior atenção por parte de vários setores, sobretudo o da saúde. As ESF têm papel essencial na detecção destas áreas e no desenvolvimento de atividades que possibilitem melhoria na qualidade de vida da população de sua área de abrangência.

A assistência integral e resolutiva é a garantia de que os cidadãos tenham acesso a todos os tipos de serviços de saúde baseada na integralidade. Com o fortalecimento da atenção primária em saúde, o fluxo dos usuários por todos os níveis de atenção tornou-se mais dinâmico, uma vez que, um atendimento mais resolutivo nas unidades básicas de saúde leva a um menor número de encaminhamentos aos outros níveis de atenção.

A implantação do PSF em Belo Horizonte está conseguindo, aos poucos, atingir a meta proposta e oferecer um atendimento integral. Os usuários estão começando a reconhecer os centros de saúde como porta de entrada para o serviço. Os profissionais estão se conscientizando da necessidade de aproveitamento dos recursos e dos encaminhamentos segundo os protocolos, os quais têm sido extremamente importantes para a definição de prioridades no fluxo dos pacientes pelos níveis de atenção.

A participação e o controle social é o princípio preconizador do envolvimento dos usuários em movimentos sociais no sistema de saúde, como parceiros ativos no processo de tomada de decisões sobre recursos e formas de organização.

Segundo Campos (2006), vários seguimentos do movimento sanitário sempre apostaram na participação popular, não só como um direito de cidadania, mas também enquanto um mecanismo útil à reforma do sistema de saúde.

Já em 1990, o projeto de lei que regulamentava o SUS, tratava da participação da comunidade na gestão do novo sistema de saúde. Foram criados as Conferências e os Conselhos de Saúde, sendo que estes últimos têm caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

O objetivo destes conselhos é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos.

A participação e o controle social trouxeram muitos benefícios para o sistema de saúde de todo país. O envolvimento de todos os atores do processo possibilitou a consolidação do novo modelo assistencial. Contar com usuários na gestão dos serviços de saúde trouxe para os governantes e para os profissionais a realidade e as necessidades mais urgentes da população (BH, 2003).

Por outro lado, percebe-se que a participação social se dá de maneira desigual em todos os municípios e até mesmo dentro de um deles. Observa-se a predominância de membros do executivo, participação de populares ligados ou

indicados por membros deste poder e disparidade de números de representantes dos atores envolvidos.

Em reuniões de nível mais local, como as comissões locais de saúde, por exemplo, tem-se muitas vezes a participação de usuários que não visam o benefício do sistema como um todo, permanecem ali para a defesa de interesses próprios ou com o objetivo de aspirações políticas futuras. Além disso, não são conhecedores das regras e fluxos preconizados no sistema de saúde, fato que entrava as discussões que muitas vezes não saem do senso comum. Por outro lado, algumas vezes, existe a resistência dos níveis técnicos em lidar com a participação dos usuários.

Há ainda, segundo Campos (2006), internamente ao aparelho burocrático, um razoável grau de subordinação da saúde às denominadas áreas-meio: administração, finanças e seção jurídica. Assim, a evolução do sistema, a prática e a implementação de ações que foram julgadas necessárias pelos atores sempre dependerão do “aval” destas áreas para sua evolução.

## **4.6– Diretrizes assistenciais do sistema municipal.**

### **4.6.1 - Atuação em equipe / Recursos Humanos**

Com a implantação do Programa de Saúde da Família, mudanças no processo de trabalho foram necessárias para cumprir as atividades e metas propostas pelo governo.

Foi definido pelo Ministério da Saúde que a composição da equipe deveria ter a presença de um médico generalista, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita. A esta composição, soma-se a equipe de saúde bucal, que deve ter, necessariamente, um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário.

A formação das equipes e a mudança no processo de trabalho tiveram como objetivo a reafirmação e a consolidação do novo modelo assistencial. Modelo este, pautado na promoção e na manutenção da saúde, no lugar do foco na atenção às doenças.

Os profissionais que eram acostumados a desempenhar suas atribuições de maneira solitária passaram a ter que desenvolver o trabalho em equipe, além de participarem da organização e gestão das mesmas. Os profissionais médicos têm apresentado uma enorme dificuldade em se adaptar a esse novo processo de trabalho. Vindos de uma formação baseada no modelo médico-centrado e na valorização de especialidades, estes profissionais mostram-se despreparados para a atuação em equipe. Apresentam dificuldades para a divisão de responsabilidades, para a participação no processo de organização e para o desenvolvimento de atividades de promoção em saúde. Além disso, muitos profissionais que atuavam como especialistas resolveram aderir ao PSF e atuar como generalistas. Inicialmente, sem tempo ou curso preparatório alguns destes profissionais encontraram limites para o desenvolvimento da prática clínica.

Até hoje, a figura do médico tem sido apontada como um nó crítico na evolução das equipes, por sua alta rotatividade e, em alguns casos, pequena capacitação para o trabalho em atenção primária (GARIGLIO, 2008).

A preparação dos médicos para atuação na atenção primária tem sido abordada de maneira mais enfática nas universidades, com inserção de matérias ligadas à medicina comunitária e ao novo modelo de atenção na grade curricular dos cursos de medicina.

O PSF ainda não tem sido considerado atrativo para permanência dos médicos e é usado como uma passagem pelos recém-formados, os quais atuam inicialmente no PSF para adquirir experiência, enquanto se preparam para passar nas residências médicas. Tal fato compromete a ligação deste profissional com a equipe, além de prejudicar a evolução do trabalho da mesma.

O enfermeiro foi um profissional que ganhou enorme destaque com o PSF e foi considerado fundamental para a organização do trabalho em equipe. Além dos auxiliares de enfermagem, os ACS passaram a ser supervisionados pelo enfermeiro.

Estudos mostram que os enfermeiros têm procurado modificar sua prática de forma a avançar na qualidade do atendimento integral ao paciente. No entanto, esses profissionais têm encontrado dificuldades na definição de sua competência no trabalho em equipe e na indefinição da programação da assistência à saúde em nível local (WITT & ALMEIDA *apud* TURCI, 2008 p.63).

Além desses problemas, o profissional enfermeiro ainda não é reconhecido e nem valorizado pelos usuários do PSF. Estes não valorizam a escuta qualificada e as indicações da enfermagem e vão aos centros de saúde sempre com a finalidade de conseguir a consulta médica, o que mostra ainda a forte influência do modelo médico-centrado junto à população.

A política de saúde, por meio da gestão tem apresentado dificuldade de reconhecimento profissional do enfermeiro e muitas vezes conferem-lhe atribuições indevidas, fora do âmbito de sua competência e restringem-lhe sua autonomia, quando conveniente para o sistema.

Os auxiliares de enfermagem ganharam novas atribuições com o Programa de Saúde da Família e tem a maior parte do seu tempo ocupado por atividades que não geram visibilidade, nem uma maior valorização ao seu trabalho. O novo modelo de atendimento baseado no acolhimento com escuta qualificada e

o desenvolvimento de atividades preventivas e de promoção à saúde foram inseridas ao processo de trabalho destes profissionais, Além disso, os auxiliares se vêem divididos entre as ações desenvolvidas pela equipe e a manutenção dos setores básicos dos centros de saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde foram inseridos no processo de trabalho em saúde com o fortalecimento da atenção primária e a implantação do PSF. Tiveram sua profissão regulamentada pela lei nº 10.507 de 10 de junho de 2002, a qual estabeleceu os requisitos para o exercício da profissão e a caracterização de suas atividades.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), o ACS desempenha o papel de fazer elo entre a equipe de saúde e a comunidade, devendo, então, contar com liderança natural e capacidade de comunicação para fazer a aproximação cultural, que dá mais força ao trabalho da equipe e une o saber popular ao científico.

É importante lembrar que o ACS é, na grande maioria das vezes, residente na área de abrangência na qual atua. Tal fator tem duas vertentes que implicam diretamente na atuação deste profissional. Como morador da área, o ACS não pode deixar de ser considerado um usuário que passa por todos os problemas enfrentados pelos pacientes que freqüentam os centros de saúde. Além disso, a proximidade, que tem como objetivo a facilidade no repasse de informações, pode também ser considerada um entrave ao trabalho deste profissional. Muitos ACS, sobretudo, os que atuam em áreas de risco são acudados pela população, que é também sua vizinhança e, devido a isso, passam a não desempenhar seu papel segundo esperado.

Outro fator que ainda prejudica a evolução do trabalho destes profissionais é a falta de preparo e, até mesmo, de perfil para tal função. Este quadro vem sendo modificado com a instauração de processos seletivos mais rigorosos para a contratação destes profissionais e com investimento na formação e constante atualização dos mesmos. .

A equipe de saúde bucal está se integrando lentamente às ESF. Apesar disso, percebemos em Belo Horizonte vários movimentos de educação em saúde

promovidos pelos centros de saúde que contam com os profissionais da saúde bucal, aliados aos demais profissionais das ESF.

#### **4.6.2 – Primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde)**

O primeiro contato é considerado por muitos autores como um princípio da atenção primária em saúde (CONASS, 2007). Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. Para tanto é necessário pensar nas diversas dimensões do acesso dos usuários às unidades de saúde. O acesso geográfico envolve as características do território, como dificuldades com relação à topografia do terreno, a distância da moradia, os meios de transporte disponíveis para o deslocamento aos serviços de saúde. O acesso sócio-organizacional inclui as características e os recursos que facilitam ou impedem os esforços dos usuários em receber atendimento ou utilizar os serviços disponíveis nas unidades de saúde.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (BRASIL, 2007), a utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada no indivíduo (e não na doença), na família e na comunidade.

O acesso aos serviços de saúde, em Belo Horizonte, tem melhorado muito nos últimos anos. Os centros de saúde, em sua maioria, funcionam 12 horas por dia (07:00h às 19:00h) o que facilita o atendimento aos trabalhadores. A divisão das áreas de abrangência, de cada unidade, tem levado em consideração os aspectos geográficos procurando amenizar os empecilhos físicos e de transporte, que possam prejudicar a ida dos usuários aos centros de saúde. Além disso, as equipes também se deslocam e realizam atendimentos e atividades de promoção em saúde nos espaços disponíveis da comunidade. Tal fato promove o acesso das pessoas, que apresentam dificuldades de se deslocarem para atendimento nas unidades.

Apesar de todos esses esforços, o acesso da população ainda não pode ser considerado eficiente no município. A falta de profissionais nas unidades

impede a facilidade do acesso sócio-organizacional. Mesmo funcionando 12 horas por dia, nem todos os serviços são oferecidos durante todo o período, por exemplo, farmácia e a sala de vacinações, o que dificulta o atendimento aos usuários que não podem comparecer no horário estabelecido. Outro fator, que pode causar desordem na relação com o usuário é a falta de padronização e, por conseguinte, a variação da dinâmica interna dos serviços entre as unidades.

Para muitos, a unidade básica de saúde ainda é um local que presta serviços precários e pouco resolutivos e, portanto, não é vista como porta de entrada para muitos usuários, que recorrem às unidades de pronto-atendimento e hospitais para receber o atendimento que é ofertado pelos centros de saúde.

#### **4.6.3– Acolhimento e demanda espontânea**

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde (TEIXEIRA, 1998 p.12).

É difícil, até mesmo citar uma definição de acolhimento, uma vez que esta prática é entendida e apresentada de diversas maneiras.

O acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde e, apesar de se constituir como uma etapa desse processo – o momento de recepção do usuário e a abertura de possibilidades de resposta – não deve ser reduzido, ao contrário, deve ser entendido e praticado como conteúdo (FRANCO & MERHY, 1999)

O termo escuta qualificada também é muito utilizado para definir o momento do acolhimento. Visto por esta ótica, profissionais qualificados e capacitados estariam disponíveis para receber a população e, a partir da escuta, identificar quais são as suas reais necessidades. Com isso, várias pessoas que estavam excluídas do sistema de saúde encontraram portas abertas nas unidades básicas. Porém, nem sempre o que é oferecido é o que o usuário quer. Devido a anos vividos num modelo de supervalorização do profissional médico, os demais profissionais não são considerados capacitados pela população, que vê



o acolhimento realizado por enfermeiros e auxiliares de enfermagem como uma barreira para se chegar à consulta médica.

O acolhimento foi implementado na rede de saúde de Belo Horizonte em 1995, sete anos antes da implantação efetiva do PSF, buscando humanizar a atenção, estabelecer vínculo e a responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta das demandas apresentadas pela população para ampliar a intervenção das equipes.

Pode-se dizer que, o acolhimento facilitou o acesso dos usuários às unidades de saúde e embora não agrade grande parte da população, a qual, o considera um ato dificultador para o alcance à consulta médica, contribui para a seleção de prioridades e organização dos pacientes, por meio dos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

O tempo destinado pelas equipes ao atendimento de demanda espontânea em BH tem sido maior que o preconizado. Tal fato angustia os profissionais que acreditam não estarem seguindo as práticas inovadoras do PSF como as atividades de educação em saúde, a realização de grupos e consultas programadas. Desta maneira, as atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde são sempre colocadas em segundo plano em detrimento de casos que, muitas vezes, não são classificados como agudos, mas demandam atendimento devido à urgência sentida pelo próprio paciente com relação ao seu problema.

Segundo Franco & Merhy (1999), “a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde”, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece.

Este é um erro estratégico na implantação do PSF, uma vez que não foram apresentados previamente à população os princípios e as diretrizes deste programa, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas. Ressalta-se que as equipes vêm fazendo este

papel de esclarecimento quanto funcionamento do programa, porém o que é questionável é a inexistência da apresentação à sociedade das mudanças que ocorreriam através dos meios de comunicação.

#### **4.6.4 – Atenção Domiciliar**

Seguindo o objetivo de inclusão de cidadãos impossibilitados de acessar os serviços de saúde, surge com o PSF a atenção domiciliar.

Para o Ministério da Saúde (2002) a atenção domiciliar são ações integradas em saúde destinadas à população e desenvolvidas no âmbito do domicílio. Como atenção domiciliar são incluídas as ações de vigilância à saúde, vistas domiciliares, assistência domiciliar e internação domiciliar.

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde (SAKATA apud ALBUQUERQUE & BOSI, 2009), sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (GIACOMOZZI apud ALBUQUERQUE & BOSI, 2009).

Com o processo de envelhecimento da população, aumento do número de casos de violência e acidentes incapacitantes, a visita domiciliar tem sido um recurso fundamental para a prestação de serviços de saúde a pacientes acamados e dependentes, de todas as faixas etárias. As visitas domiciliares, também têm contribuído de maneira muito significativa para a manutenção dos cuidados de pacientes egressos hospitalares e para o apoio e treinamento dos cuidadores de tais pacientes.

O que se percebe, no entanto, é que, muitas vezes as famílias pensam que os cuidados em relação ao doente ficarão a cargo apenas das ESF e não assumem a sua parte na responsabilização à atenção deste paciente.

Os recursos oferecidos para a prática de visitas domiciliares no município ainda é muito precário. O transporte das equipes de PSF é prejudicado por um número insuficiente de veículos, o deslocamento sem veículos, muitas vezes, é

um obstáculo devido à distância das unidades aos domicílios. Ressalta-se ainda, uma parceria muito discreta com outros programas de atenção domiciliar como o NASF –R (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação) e o PAD (Programa de Atenção Domiciliar), os quais deveriam assumir juntamente com as ESF os cuidados dos pacientes, enquanto eles se encontrarem nesta situação.

#### **4.6.5 – Estabelecimento de vínculo / Responsabilização do cuidado / Autonomização do usuário**

O PSF visa o estabelecimento de vínculo da população com as equipes de saúde. A essência deste vínculo se dá através de relações de confiança adquiridas ao longo do tempo e pode ocorrer em situações diversas, não só em episódios de doença. Para isto, é necessária a formação de equipes estáveis, nas quais os profissionais atuarão por um período de tempo e poderão participar dos ciclos de vida dos habitantes das áreas em que atuam.

Estas equipes deverão se responsabilizar pelo cuidado dos usuários a que assistem, fazer com que os mesmos possam ter conhecimento e se tornarem autônomos no que diz respeito à sua própria saúde. Isso quer dizer que, as equipes deverão oferecer meios e conhecimentos aos pacientes, para que os mesmos possam manter uma vida saudável e evitar agravos preveníveis.

O que se observou com a implantação do PSF foi a atuação paternalista na qual a equipe se vê envolvida em questões que dizem respeito ao paciente e sua família. Usuários cobram, a todo o momento, ações da equipe, que deveriam partir das famílias, como o cuidado diário aos acamados, a certificação do prazo de validade das prescrições, dentre outros.

Estas questões ainda são um entrave à evolução do PSF em BH, uma vez que, se tem alta rotatividade de profissionais nas equipes e resquícios de uma política que torna os cidadãos dependentes do sistema de saúde devido à fraca evolução de outros setores sociais.

#### **4.7– Infra - estrutura das unidades básicas de saúde**

Recomendações da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 sugerem que cada unidade básica de saúde seja responsável por, aproximadamente 12 mil habitantes do território de sua responsabilidade o que indica a presença de 4 ESF por centro de saúde. Além disso, prevê todos os insumos e mobiliários necessários para o desenvolvimento de um trabalho eficaz, que ofereça conforto e privacidade aos usuários e para o bom desempenho dos profissionais.

Em Belo Horizonte, tivemos um aumento vertiginoso do número de ESF devido à rápida e extensa cobertura. Essa ocorrência teve implicação negativa na estrutura das unidades básicas que, em sua maioria, não comportaram a chegada de novos profissionais, nem o crescimento da demanda.

Muitas unidades funcionam em casas alugadas, não projetadas para o atendimento aos usuários, com dificuldade de acesso das pessoas deficientes, devido a presença de escadas e rampas íngremes. Os ambientes fechados com pouca ventilação, salas de espera apertadas e muito próximas aos consultórios, também afetam a privacidade dos pacientes.

Algumas unidades abrigam até 7 equipes e atendem a mais de 30 mil usuários. Isto faz com que as equipes fiquem mal acomodadas e não tenham espaço para desempenhar suas atividades. Observa-se certa “disputa” (*grifo nosso*) por consultórios nos centros de saúde e profissionais ociosos por falta de espaço para desempenhar suas funções.

#### **4.8 – Educação em Saúde**

O PSF trouxe novas formas de abordagem dos pacientes no contexto das unidades básicas de saúde. O espaço para troca de informações e experiências deixou o âmbito dos consultórios e da individualidade e tomou um rumo em busca de promoção de saúde para grupos.

Para Mano (2004), a educação em saúde no PSF e para o PSF pode ser mais bem compreendida como todo processo de ensino-aprendizagem, ou seja, não é algo estático, mas em permanente construção. Assim como o PSF e o SUS, de direito e de fato, também não é um “sistema pronto”, mas um processo, um caminho que é o resultado de longos anos de movimento sanitário, buscando a

descentralização, a universalidade de acesso, a equidade e a participação popular.

A atuação em uma área de abrangência definida faz com que os profissionais das equipes desenvolvam parcerias com outros setores sociais, a fim de captar e envolver os usuários de diversas maneiras aproveitando os espaços disponíveis dentro da própria comunidade.

O Ministério da Saúde (2002) preconiza a realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos para grupos específicos da população, acometidos por certas doenças, tais como hipertensão, diabetes, asma, desnutrição dentre outros.

O que se observa ao longo dos anos é que estes grupos vêm tendo seu caráter modificado e não estão sendo realizados apenas para portadores de certas patologias. São desenvolvidos, em alguns centros de saúde de Belo Horizonte, grupos de saúde da mulher, grupos de 3ª idade, grupo de saúde da criança e, até mesmo, grupos de saúde do homem.

A participação efetiva dos usuários nesses grupos possibilita não só o repasse de conhecimento pelos profissionais de saúde, mas troca de experiências, o que tornam as discussões enriquecedoras para ambas as partes. Este é também, um momento para o fortalecimento de vínculo da equipe de PSF com a comunidade de sua área de abrangência.

A parceria com outros setores tem sido muito importante para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde no município. Educação e saúde têm sido grandes parceiras neste aspecto. Considerando que as escolas podem assumir um papel fundamental na disseminação de informações de saúde no meio familiar e comunitário no sentido de produzir uma nova cultura em relação ao processo saúde-doença, a promoção desse processo de integração/articulação, deve ser sempre promovida de forma ordenada e criteriosa (SILVA *et al*, 2006).

Vários projetos têm sido desenvolvidos na perspectiva desta parceria. Temas de grande repercussão epidemiológica como a dengue, por exemplo, vem sendo trabalhados nas escolas e mostra resultados favoráveis no combate à doença.

Uma nova parceria entre saúde e educação está sendo proposta pelo Ministério da Saúde desde 2008 – o Programa de Saúde na Escola, o qual tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e promover uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2009). Dentre os princípios organizativos deste programa destacam-se: a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde com a participação da comunidade escolar e o envolvimento das ESF; a constituição de territórios de responsabilidade entre escolas estaduais e municipais e ESF; a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens; a educação em saúde com a articulação de saberes; a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

Este programa já começou a ser desenvolvido em Belo Horizonte, porém de maneira vagarosa e precária. Os insumos necessários para a avaliação das crianças e adolescentes ainda não foram totalmente disponibilizados, além disso, é mais uma atribuição para as ESF, que já se encontram sobrecarregadas com o desenvolvimento do trabalho nas unidades e com as demais atividades de promoção em saúde.

Ações de educação em saúde estão ganhando força no novo modelo assistencial vigente em todo país, porém, entraves como apontados a seguir, ainda prejudicam o seu pleno desenvolvimento. A população não mostra interesse satisfatório de participação nestas atividades estando presa ao modelo de atendimento dentro de consultórios e extremamente medicalizado. Muitos profissionais de saúde encontram-se despreparados e não desenvolvem atividades atrativas para os usuários e as parcerias com outros setores ainda não são suficientes para a expansão de ações com este caráter.

#### **4.9 – Registros em Saúde**

O registro de consultas e procedimentos realizados pelos profissionais de saúde sempre foi um tema muito discutido e trabalhado em unidades de saúde dos três níveis de atenção. No âmbito hospitalar, o registro de condutas médicas, de enfermagem e dos demais profissionais já é uma rotina e o

prontuário do paciente, na maioria das vezes, apresenta registros ricos e detalhados de todos os profissionais que o assistem.

Já no âmbito da atenção básica, a cultura do registro das ações é muitas vezes deixada de lado, sobretudo, pelos profissionais da enfermagem. Muitas ações e procedimentos são executados e não são anotados o que, além de representar um risco para o respaldo do profissional, prejudica o seguimento do atendimento, como também, as estatísticas com relação ao número e a qualidade dos atendimentos prestados.

Com a inserção do acolhimento no processo de trabalho das unidades básicas de saúde, o registro de tal ação tem sido negligenciado em detrimento da grande demanda a ser atendida.

Tendo em vista este cenário, em 2002, a SMSA-BH inicia o projeto de informatização da rede municipal de saúde com a implantação do “Sistema Gestão Saúde em Rede”. Segundo Hadad *et al.*, (2007, p.4):

a incorporação de tecnologias de informação na rede municipal de saúde de Belo Horizonte ocorreu com foco no trabalho assistencial, organizado em função do atendimento a ser prestado ao usuário, utilizando o conceito de prontuário eletrônico. Sendo assim, não se refere apenas às orientações para desenvolvimento e implantação de uma ferramenta tecnológica, mas objetiva alterar valores de uma cultura baseada em práticas informacionais fragmentadas para uma cultura informacional que tem por objetivo a qualificação dos resultados e a geração de conhecimento. (HADAD *et al.*, 2007,p.4)

É importante ressaltar, que o processo de implantação deste sistema ocorreu junto com a mudança do modelo assistencial na capital, centrado no PSF para o fortalecimento da atenção primária. Desta maneira, o sistema já foi criado de maneira a incorporar as inovações trazidas por este programa, como o atendimento de equipes por área de abrangência, o trabalho dos ACS's realizados por micro áreas e a forma de atendimento focada na família.

A informatização trouxe inúmeros benefícios para o sistema de saúde da capital. A utilização correta do sistema permite organizar o processo de trabalho, subsidiar atividades gerenciais, melhorar o atendimento ao usuário, além de possibilitar planejamento, monitoramento e avaliação contínuos dos serviços prestados.

A integração deste sistema com os demais níveis de atenção faz com que um atendimento mais integral possa ser oferecido ao paciente, além de facilitar o seguimento, por meio da referência e da contra-referência entre os profissionais de saúde.

Apesar de todos os benefícios que o “Sistema Gestão Saúde em Rede” tem trazido para o sistema de saúde, muitas dificuldades ainda têm de ser enfrentadas para a sua plena utilização. Muitos profissionais ainda se mostram resistentes ao uso da tecnologia nas unidades e não se empenham em aprender a utilizar corretamente todas as ferramentas que o sistema oferece. Por outro lado, a SMSA-BH ainda tem um sistema de treinamento muito precário dos seus funcionários, o que faz com que os dados não sejam preenchidos corretamente o que impede uma alimentação correta do sistema e geração de dados fidedignos.

#### **4.10 – Resultados do PSF no Perfil Epidemiológico e nos indicadores de saúde de Belo Horizonte**

O fortalecimento da atenção primária em saúde busca proporcionar equilíbrio entre duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição dos recursos (BRASIL, 2007).

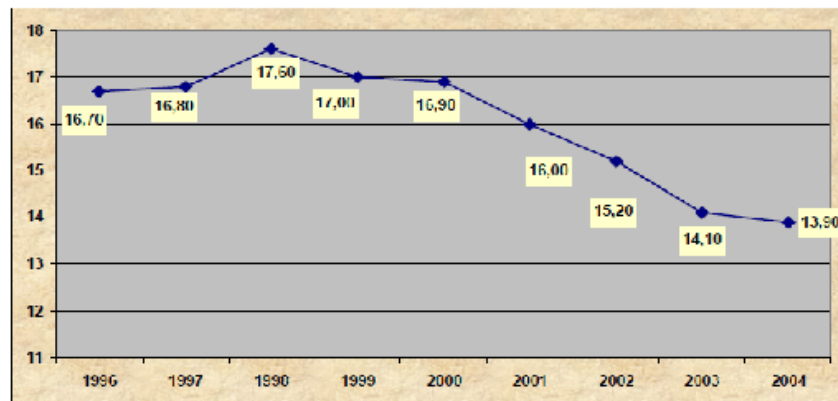
Com a implantação do PSF em Belo Horizonte pode-se perceber a mudança no perfil epidemiológico e a evolução de alguns indicadores de saúde que demonstram as melhorias advindas com a mudança no modelo assistencial.

A atenção à saúde da mulher sofreu grande influência do PSF nos últimos anos e devido a estratégias voltadas para este grupo pode-se perceber a alteração de alguns indicadores. As atividades de educação em saúde e de planejamento familiar, além ações voltadas para as faixas etárias mais jovens podem ser considerados como influentes no declínio do percentual de gravidez na adolescência no município.



Gráfico 1

Percentual de partos de mãe adolescentes em Belo Horizonte, 1996 a 2004



Fonte: SINASC

Fonte: (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH, 2005)

O Gráf.1 mostra uma queda acentuada no percentual de gravidez entre adolescentes, no período de 2000-2004, no qual já se tinha uma grande cobertura das ESF em BH.

Com relação à assistência Pré Natal, o desenvolvimento de protocolos, o atendimento e acolhimento das gestantes nas unidades básicas proporcionaram a ampliação da captação e maior efetividade do acompanhamento das mesmas.

Segundo dados da SMSA-BH e do Sistema de Informação em Saúde – Pré Natal (SIS PRÉ-NATAL), observa-se na Tab. 1 um aumento progressivo de cadastros de gestantes no município.

Tabela 1

Distribuição das gestantes cadastradas no SISPRENATAL,  
Belo Horizonte, 2001 a 2004

Ano	Gestantes cadastradas
2001	10.076

2002	17.572
2003	22.016
2004	21.259
Fonte: GEEPI/SMSA-BH - SISPRENATAL/MS	

As ESF contribuíram de forma sistemática para o aumento de captação das gestantes para o Pré-Natal. Todos os profissionais das equipes mostram-se envolvidos no processo: o ACS capta as gestantes na comunidade e as encaminha para as unidades de saúde; a equipe de enfermagem acolhe a gestante e destaca-se o papel das consultas de enfermagem ao longo de todo o período gestacional; os médicos generalistas realizam as consultas de Pré-Natal de risco habitual e ainda podem contar com a colaboração do ginecologista de apoio presente nos centros de saúde. Além disso, o estabelecimento de vínculo com a equipe facilita a adesão das gestantes ao Pré- Natal.

Observa-se também aumento no número de consultas pré-natal. Dados do SINASC mostram que em 2002, 61,4% das gestantes tinham realizado mais de 6 consultas de acompanhamento, já em 2004, este percentual se elevou para 68,5% (SMSA – BH, 2005).

Outra melhoria observada com a implantação do PSF pode ser indicada pela redução das taxas de câncer do colo uterino em todas as faixas etárias. Tal fato pode ser atribuído à maior oferta de exames preventivos contra o câncer do colo do útero pelas unidades básicas de saúde. Os profissionais das equipes encontram-se capacitados para a realização dos exames, assim a detecção dos agravos é feita de maneira precoce e reduz a mortalidade, por este tipo de câncer.

A atenção à saúde da criança teve vários incentivos e incorporações de novos programas para atendimento de crianças, sobretudo de risco. Segundo a SMSA-BH, foram desencadeadas ações de vigilância à saúde, priorizando, desde 1993, o acompanhamento de crianças consideradas de maior risco de morrer no primeiro ano de vida. São elas: residentes em áreas de risco da cidade, com baixo peso ao nascer (menos que 2500 g), filhos de mães adolescentes e/ou mães com baixo nível de instrução.

Com o PSF, as crianças do município passaram a ter um acompanhamento mais rígido e freqüente. As equipes passaram a seguir um calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e, desta maneira, agravos estão sendo detectados de maneira mais precoce, o que contribuiu para redução da mortalidade infantil. Dados da SMSA-BH demonstram que a redução observada neste componente de 2003 para 2004 foi de 26,8%, passando de 5,6 para 4,1/1000 NV. Verificou-se ainda redução, nesse mesmo período, de 10,8% na taxa de mortalidade neonatal precoce, óbitos de crianças de até 6 dias de vida, passando de 7,4 para 6,6/1000 NV, decorrente da melhoria na assistência perinatal. A taxa de mortalidade neonatal tardia manteve-se estável, 2,3/1000 NV em 2003 e 2,4/1000 NV em 2004 (SMSA – BH, 2005).

As crianças com asma têm tido um acompanhamento sistemático e aproximado das unidades básicas de saúde. O programa “Criança que chia” tem classificado as crianças asmáticas e os portadores do quadro moderado recebem acompanhamento periódico e medicação inalatória regular. O desenvolvimento e o sucesso deste programa têm refletido na redução das internações em crianças menores de 05 anos por quadro de asma ou pneumonia. Tal fato pode ser comprovado analisando-se a Tab.2, abaixo:

**Tabela 2**  
**Taxas de internação por asma e pneumonia em menores de 5 anos em**  
**Belo Horizonte em 2003 e 2004**

POR PNEUMONIA – MENORES DE 5 ANOS		
ANO	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE
2003	62,5/10.000	70,1/10.000
2004	56,2/10.000	59,4/10.000

POR ASMA – MENORES DE 5 ANOS		
ANO	1º TRIMESTRE	1º TRIMESTRE
2003	54,9/10.000	52,6/10.000
2004	61,4/10.000	59,4/10.000

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação – SMSA-BH

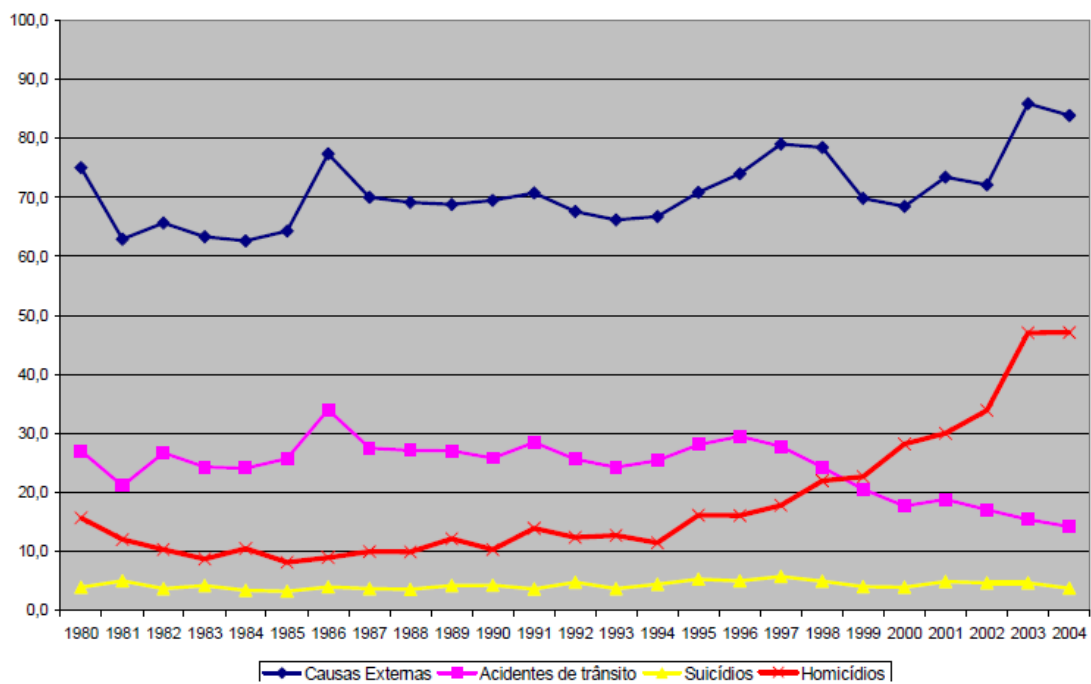
Com relação aos dados referentes à saúde do adulto percebe-se que, as doenças crônicas, não transmissíveis são consideradas um nó crítico para o sistema de saúde. As doenças do aparelho circulatório continuam sendo a principal causa de mortalidade entre os belo-horizontinos. Em 2004, dados do Sistema de Informação Mortalidade (SIM) revelam que as mortes, por esta causa, representaram 28% do total de mortes em BH (SMSA – BH, 2005).

A mortalidade por causas externas vem evoluindo de maneira negativa no município. A porcentagem de mortes por estas causas elevou-se muito nos últimos anos seguindo a tendência do país e faz com que as ESF tenham que se articular com outros setores a fim de modificar este quadro. Percebe-se uma redução do número de mortes por acidentes de trânsito a partir de 1998, ano em que entrou em vigor o Código de Trânsito Brasileiro.

Já a mortalidade por agressões só tem aumentado devido ao aumento no índice de violência, porte de armas de fogo, dentre outros. Além disso, as ESF têm que lidar com um grande número de pacientes sequelados por agressões e estes, infelizmente, são representados pela parcela jovem da população.

**Gráfico 2**

**Coeficiente de mortalidade por causas externas, BH, 1980 a 2004**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2005

Com relação à oferta de serviços à população, a implantação do PSF trouxe diversas melhorias aos residentes no município.

Dados da SMSA-BH (2005) demonstram um aumento de consultas realizadas por generalistas em detrimento às consultas realizadas por clínicos, ginecologistas e pediatras. Tal fato consiste em algo esperado devido às características do PSF, que visa a valorização do médico generalista e dos demais profissionais de saúde, além do trabalho em equipe e articulado com outros setores.

Houve um incremento de 16% no número de consultas no ano de 2004, se compararmos com o ano de 2002, quando houve implantação do PSF. Observa-se ainda um aumento do número de consultas ofertadas por habitante/ano na atenção básica, considerando aqui a população residente em Belo Horizonte e usuária do SUS, passando de 1,2 consultas/habitante/ano em 2002, para 1,4 consultas/habitante/ano em 2004 (SMSA- BH, 2005).

Da mesma forma observa-se um aumento do número de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Houve um incremento de 18% do ano de 2002 para 2004. O número médio de visitas realizadas por família passou de 6,8 visitas/família/ano em 2002 para 7,2 visitas/família/ano em 2004 (SMSA – BH, 2005).

## 5 – Conclusão

Mudanças nos modelos assistenciais são constantes, sobretudo, em países em desenvolvimento onde uma reformulação contínua é necessária para prestação de serviços de maior qualidade à população.

No Brasil, com a forte tendência de valorização da atenção básica percebemos que os princípios do SUS estão sendo praticados de modo mais próximo ao idealizado. Melhorias em vários setores sociais têm refletido na saúde da população a qual está usufruindo de um atendimento mais humanizado e resolutivo.

Percebe-se que, historicamente, a política teve grandes influências na área da saúde, muitas vezes causando entraves ao seu desenvolvimento, muitas vezes promovendo avanços significativos como os ocorridos nas últimas décadas.

O modelo assistencial de Belo Horizonte, o qual foi precocemente influenciado pelos princípios do SUS e pela tendência de valorização da atenção básica, pode ser considerado um exemplo dentre os sistemas de saúde de grandes metrópoles de nosso país. Dados epidemiológicos comprovam a população de Belo Horizonte está muito melhor assistida em relação à saúde, sobretudo após a implantação do PSF.

Os belo-horizontinos já contam com uma rede de atenção básica bem estruturada e articulada com os demais níveis de atenção, com o objetivo de proporcionar o seguimento do atendimento, a universalidade do acesso e a equidade das ações de saúde.

Investimentos em contratação e capacitação de recursos humanos têm aumentado de maneira progressiva e a construção e reforma das unidades também vêm sendo realizadas, embora de maneira ainda insuficiente.

Apesar de todas estas mudanças e evolução, o sistema de saúde da capital mineira ainda enfrenta dificuldades para se fortalecer e ganhar credibilidade da população, a qual, ainda, não se encontra orientada para a nova proposta de

atenção, que preconiza a atenção multiprofissional, a prevenção de agravos, a promoção de saúde e o vínculo da equipe com os usuários.

Esforços no sentido de educação e instrução da população quanto às propostas e ao fluxo do PSF devem ser introduzidos na política do sistema de saúde de belo-horizonte, uma vez que a falta de conhecimento dos usuários sobre o sistema de saúde tem acarretado muitos problemas e gerado entraves à evolução do programa.

Não obstante todos os esforços despendidos a parceria da saúde com os outros setores da sociedade também encontra-se precária. Para uma abordagem integral ao indivíduo não basta apenas se apoiar em um conceito abrangente de saúde, mas sim desenvolver um trabalho conjunto com os demais setores sociais.

Parcerias com o setor da educação já estão sendo realizadas, embora de maneira ainda tímida e rudimentar. A implantação do Programa de Saúde na Escola no último ano pode ser considerada um grande avanço nesta parceria, porém embates entre profissionais da saúde e educação ocorreram, uma vez que, o programa deveria ser executado, mas suas estratégias ainda não haviam sido bem, explicitadas para ambos os setores.

O setor de assistência social também necessita de incrementos para realizar uma boa parceria com o setor saúde. O que se percebe na prática é que, muitas vezes, o trabalho das equipes de saúde não surte efeito devido a problemas sociais que deveriam sofrer intervenção de um setor específico, sobretudo no que tange à saúde , aos direitos e à proteção da pessoa idosa.

Investimentos na atenção aos idosos já estão sendo realizados na rede de atenção do município e percebe-se que eles serão cada vez mais necessários ao observar-se as características de envelhecimento da população. Ações voltadas para a prevenção de agravos e promoção de saúde dos idosos também devem ser realizadas no sentido assistir de maneira mais eficaz esta parcela da população que não procura os serviços de saúde de maneira freqüente.

As mudanças no sistema de saúde de Belo Horizonte ainda são muito recentes quando analisamos a história. Até mesmo os profissionais de saúde e gestores apresentam dificuldades em entender e em se adaptar às novas diretrizes.

Para consolidação efetiva do modelo assistencial faz-se necessário investimento em orientação e educação da população a qual se encontra amparada por políticas paternalistas que impedem a evolução e a responsabilização das pessoas para com a sua própria saúde e a de seus familiares.

Além disso, as unidades de ensino devem introduzir em suas grades curriculares disciplinas que apresentem ao aluno as novas características do modelo assistencial. Desta maneira, os mesmos encontrar-se-ão melhor preparados para desenvolver o trabalho em equipe e atender às novas diretrizes.

Os investimentos em capacitação, em introdução de novas tecnologias e em educação em saúde também devem ser contínuos para que haja uma consolidação de fato do modelo assistencial e para que tanto a população quanto os profissionais de saúde encontrem-se comprometidos com uma melhoria da situação de saúde do município.



## 6- Referências Bibliográficas

ACURCIO. F, A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS, (Re)descobrimo o SUS que temos para construir o SUS que queremos. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

ALBUQUERQUE. A.B.B; BOSI. MLM. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, mai, 2009.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. **A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio**. Revista Mineira de Saúde Pública, ano I, n. 1, p. 2-15, jan/ jul. 2002.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. BH – Vida: Saúde Integral. 3ª versão. Março de 2003. 17 p. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostraarquivo.Php?filtro=categoria&termo>. Acesso em: 01 de maio de 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal**. Revista Saúde Digital, 19ª Ed, Julho de 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/julho2003/organizacaooubs.html>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 1998**. Belo Horizonte, 1999. 149 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **SUS BH: Cidade Saudável**. Belo Horizonte, 2009. 16 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2005 – 2008**. Belo Horizonte, 2005. 158 p.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde**. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2006. 22p.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Participativa. **Participa SUS – Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS**. Brasília, 2004. 41p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agentes comunitários de saúde – PACS**. Brasília, 2001. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília – DF, 2009. 96 p.

BRITO, Rubens José de Amaral. **PBH século XXI. Módulo XX: Saúde**. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma – repensando a saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 213p.

CAMPOS, Cezar Rodrigues et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**. São Paulo. Ed. Xamã, 1998. 387p.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em saúde. Alma-Ata, URSS.** Setembro de 1978.

FILHO, Marcos Mesquita. **Política e sistema de saúde, reforma sanitária e o SUS.** Faculdade de Saúde Pública / USP. São Paulo, 2000.

FLEURY, Sonia. CARVALHO, Antônio Ivo *et al.* **Municipalização da saúde e poder local no Brasil.** Revista de Administração Pública, Março de 1997, v. 31, n. 5, p. 50-59.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. **PSF: contradições e novos desafios.** Conferência Nacional de Saúde on line. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2009.

GARIGLIO, Maria Terezinha e RADICCHI, Antônio Leite Alves. **O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008 vol.13, n.1 [citado 2010-10-08], pp.153-163. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232008000100020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100020&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232008000100020.

GIOVANELLA, Ligia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2008. 1112 p.

HADAD, Salime; BRAGA, Lorena C; WEBER, M.G.C et al . **O sistema gestão saúde em rede e o uso de indicadores para monitoramento de saúde.** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1014.pdf>. Acesso em 15 mar.2010.

LACERDA, Aline Lopes de. **Retratos do Brasil: uma coleção do Rockefeller Archive Center.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.3, pp. 625-645.

MANO, Maria Amélia. **A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. Boletim da Saúde.** Porto Alegre, 2004. p. 195-202.

NEGRI, Barjas. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Guia do participante. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte – territorialização e diagnóstico local.** Belo Horizonte: ESPMG, 2010. 59 p (c)

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Guia do participante. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte – análise de atenção primária à saúde.** Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104 p. (a)

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Guia do participante. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte – redes de atenção à saúde e regulação assistencial.** Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 56 p. (b)

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão,** 2003. Disponível em: [WWW.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.pdf](http://WWW.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.pdf). Acesso em: 10 fev. 2010.

SILVA, Cesar Cavalcanti da; SILVA, Ana Tereza M. C. da; LOSING, Agnes. **A integração e a articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família - PSF.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 70 – 74 2006. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 12 mar.2010.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde.** Mato Grosso, 1997. Disponível em:

| [http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html). Acesso em 10 jun. 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L., 1998. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, 2003. p. 89-111.

TURCI, Maria Aparecida. **Avanços e desafios na organização da atenção básica em Belo Horizonte**. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2008. 432p.