

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LETÍCIA POSSEBON MÜLLER

**Quando a Rede Básica de Saúde resume-se à Unidade do Programa
de Saúde da Família: o caso de Vitória das Missões-RS**

Porto Alegre

2006

LETÍCIA POSSEBON MÜLLER

**Quando a Rede Básica de Saúde resume-se à Unidade do Programa
de Saúde da Família: o caso de Vitória das Missões-RS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientador: Enf. Prof. MSc. Dilmar Xavier da Paixão.

Porto Alegre

2006

À minha família (minha mãe: Aldanir, meu pai: José Clóvis e meu irmão: Samuel) pelo amor e carinho inesgotáveis e pelo estímulo que me ofereceram em cada dia de nossas vidas, dedico esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois nos méritos de minhas conquistas, há muito de tua presença. Se venci, foi porque tu esteve comigo. Foste tu que plantaste em mim o sonho que hoje se concretiza; que esteve comigo em toda a minha caminhada, dando-me força quando em mim já não havia. Foste quem me deu ânimo necessário para prosseguir com firmeza em busca de meus ideais. Tu me compreendes muito mais do que posso entender. Foi meu melhor amigo. Que esteve e estará sempre a me conduzir. Em agradecimento a tantas bênçãos recebidas, ofereço-te meu futuro e minha eterna gratidão.

Aos meus pais, agradeço por terem, com seus olhos, iluminado minha caminhada, mesmo que quando para mim, o caminho ficava confuso; por terem confiado na minha vida, muitas vezes, trabalhando dobrado, renunciando a seus sonhos em favor dos meus, para que hoje, eu fosse capaz de lidar com outras vidas.

Aos meus professores que com sua experiência, fizeram-me ver que eu poderia encontrar o caminho certo, buscar a verdade em qualquer situação, cumprindo assim o meu verdadeiro dever, deixo meu agradecimento.

Agradeço aos pacientes e aos meus locais de estágio que me aceitaram sem terem me escolhido e que assistiram com paciência meus primeiros passos.

“[. . .] mas eu acho que tá começando a caminhar para uma coisa melhor do que era antes [. . .]”

Usuária 6

RESUMO

O estudo tem como objetivo caracterizar o Programa de Saúde da Família, no município de Vitória das Missões, Rio Grande do Sul, confrontando dois princípios e diretrizes do SUS - integralidade e participação da comunidade - com a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários, quando uma equipe de saúde da família é a rede básica de saúde em sua totalidade. A investigação configura-se como uma pesquisa exploratória descritiva, de caráter qualitativo; tendo como foco a equipe mínima de PSF, o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde e seis usuários do serviço de saúde; sendo realizada através de entrevista semi-estruturada. Foi realizada a análise temática dos dados, sendo a categorização efetivada por codificação que se deu pela regularidade nos dados. Os temas identificados na fala dos participantes referem-se à caracterização da saúde no município de Vitória das Missões (suprimento da demanda em nível de atenção básica e resolutividade; qualidade do atendimento; equipe de saúde; medicação; agentes comunitários de saúde; prevenção; visitas domiciliares e; área física), integralidade (indivíduo visto como um “todo”; integralidade entendida como uma integração; rede e; articulação do SUS com serviços particulares/conveniados) e participação da comunidade (participação da comunidade; grupos, palestras e reuniões sobre saúde; conselho municipal de saúde; plano municipal de saúde e plano diretor do município e; participação consultiva). Estes temas encaminham para uma percepção acerca do trabalho da única equipe de PSF direcionando para uma prática voltada à efetivação da integralidade da assistência e de maior compartilhar das discussões com a comunidade.

Descritores: Assistência integral à saúde. Participação comunitária. Programa saúde da família. Sistema único de saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 A legislação e o referencial legal	11
3.1.1 A Constituição Federal	11
3.1.2 A Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990	12
3.1.3 A Lei Orgânica da Saúde nº 8142, de 28 de dezembro de 1990	13
3.1.4 A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006	14
3.1.5 A Lei Orgânica do Município de Vitória das Missões, de 17 de dezembro de 1993	17
3.1.6 O Plano Municipal de Saúde 2005/2008	18
3.2 O PSF e a atenção básica de saúde	24
3.3 O Município de Vitória das Missões e o seu sistema de saúde	26
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Campo de estudo	29
4.3 Sujeitos do estudo	30
4.4 Coleta das informações	31
4.5 Análise das informações	31
4.6 Aspectos éticos	32
5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	33
5.1 A saúde de Vitória das Missões segundo os entrevistados	33
5.1.1 Suprimento da demanda e resolutividade em nível de atenção básica	34
5.1.2 A qualidade do atendimento	35
5.1.3 A equipe de saúde	36
5.1.4 A medicação	37
5.1.5 Os agentes comunitários de saúde	38
5.1.6 Aspectos preventivos do trabalho profissional	39

5.1.7	Visitas domiciliares	40
5.1.8	A área física	41
5.2	A integralidade na percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários	42
5.2.1	A pessoa como um “todo”	43
5.2.2	A integralidade comparada a outros princípios e diretrizes do SUS.	45
5.2.3	A formatação da rede, a integralidade e a descentralização das ações e serviços	47
5.2.4	A articulação do SUS e os sistemas de atendimento particular e/ou conveniado.	48
5.3	A participação da comunidade “vitorianense”	49
5.3.1	A participação da comunidade	50
5.3.2	Grupos, palestras e reuniões sobre saúde	51
5.3.3	O Conselho Municipal de Saúde	52
5.3.4	O Plano Municipal de Saúde e o Plano Diretor do Município	53
5.3.5	A participação consultiva	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXO A – Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética	61
	ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido	62

1 INTRODUÇÃO

O estudo preocupa-se em caracterizar o Programa de Saúde da Família (PSF) e, a partir das especificidades estabelecidas, analisá-lo criticamente confrontando duas diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade e participação da comunidade - com a percepção de gestores municipais, profissionais da saúde e usuários do serviço de saúde no município de Vitória das Missões, localizado na região missioneira, microrregião noroeste, no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Com apenas 14 anos de emancipação político-administrativa, o município tem como rede básica de saúde em sua totalidade, a Unidade do Programa de Saúde da Família, visto a inexistência de qualquer outro serviço de atenção à saúde disponível à população. Trata-se de um município de pequeno porte com particularidades nem sempre conhecidas do mundo acadêmico, fato motivador da curiosidade de vivenciar aspectos relativos às atividades dos profissionais de saúde neste universo tão diminuto e que aguça o desejo de observar, descrever e refletir a respeito dos limites e possibilidades dessa equipe de saúde, do papel e do pensamento dos gestores municipais e da compreensão de usuários sobre essa realidade. Confrontar estas narrativas oportuniza a acadêmicos e profissionais de saúde um aprendizado essencial, quer pela reflexão da prática assistencial, quer pela exposição dos desafios aos quais vêm sendo submetidos os integrantes das equipes de PSF. A enfermagem, por ser um contingente dos mais volumosos desses servidores, tem nesse tipo de relato novas considerações sobre o seu papel a ser desempenhado e, principalmente, pela necessidade de posicionamentos transformadores e garantidores de mudanças significativas desde o meio de atuação aos aspectos formadores dos profissionais.

O Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde são os gestores desse “sistema” de Vitória das Missões e os profissionais ouvidos representam referências importantes na equipe de saúde. Como usuários desse serviço, a escolha recaiu em seis pessoas dentre as freqüentadoras assíduas do PSF. Após as entrevistas semi-estruturadas, organizou-se os dados por freqüência e regularidade. Esses temas encaminham para

uma percepção acerca do trabalho da única equipe de PSF direcionando para uma prática voltada à efetivação da integralidade da assistência e do maior compartilhar das discussões com a comunidade.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é caracterizar o Programa de Saúde da Família, no município de Vitória das Missões – Rio Grande do Sul, confrontando dois princípios e diretrizes do SUS - integralidade e participação da comunidade - com a percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários, quando a equipe de saúde da família (PSF) é a rede básica de saúde em sua totalidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para a realização desta pesquisa, valeu-se de referenciais teóricos como, principalmente, a legislação e a documentação legal.

3.1 A legislação e o referencial legal

A legislação (Constituição Federal, Leis Orgânicas da Saúde, Lei Orgânica Municipal, Portaria do Ministério da Saúde) e a documentação legal (Plano de Saúde) estão dispostas abaixo, separadamente, a fim de promover uma melhor visualização.

3.1.1 A Constituição Federal

A Constituição Federal, de 1988, na seção II, onde fala da saúde, nos artigos 196 ao 199, menciona que: a saúde é um direito de todos e dever do Estado, de acesso universal e igualitário. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado sob as diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 133).

3.1.2 A Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990

São objetivos do SUS divulgar fatores condicionantes da saúde, assistir às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com ações assistenciais e preventivas integradas.

O SUS atua na execução de ações: de terapêutica integral (inclusive farmacêutica), de saneamento básico, de proteção ao meio ambiente, de formação de recursos humanos na área da saúde.

Como seus princípios o SUS tem:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, [s.d.]a).

As ações e serviços de saúde serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A direção do SUS é única sendo

exercida nos municípios pela respectiva secretaria de saúde. Os municípios poderão construir consórcios.

Os municípios deverão: avaliar, controlar e fiscalizar ações e serviços de saúde; administrar recursos financeiros destinados anualmente à saúde; elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde.

À direção nacional do SUS compete a coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade; a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional. À direção estadual do SUS cabe identificar estabelecimentos hospitalares de referência nacional e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional. À direção municipal do SUS compete formar consórcios administrativos intermunicipais; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde.

A política de recursos humanos do SUS valoriza a dedicação exclusiva aos serviços; os cargos de chefia só poderão ser exercidos em regime de tempo integral; os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa.

Os recursos do SUS serão provenientes da seguridade social, previdência social e assistência social. Os recursos financeiros serão depositados em conta especial, em cada esfera de atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. A transferência de valores aos municípios levará em conta o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo. Os planos de saúde serão a base das atividades e programações do SUS e seu orçamento será previsto na proposta orçamentária. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados.

3.1.3 A Lei Orgânica da Saúde nº 8142, de 28 de dezembro de 1990

O SUS contará, em cada esfera do governo, com instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde. A Conferência de Saúde

reunir-se-á a cada 4 anos com representantes de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formular a política de saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e nos aspectos econômicos e financeiros. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal. Esses recursos serão repassados de forma regular e automática. Para receberem os recursos, os municípios deverão contar com o Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, relatório de gestão, contrapartida de recursos, Plano de Carreira e Cargos e Salários (PCCS).

3.1.4 A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006

O PSF se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atuação da atenção básica no Brasil.

A atenção básica é um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, que contemplam a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É exercida por meio de práticas gerenciais democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, do vínculo e continuidade, da integralidade, da equidade e da participação social.

Tem como alguns fundamentos:

- a) acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada;
- b) integralidade: de ações, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe;
- c) desenvolver o vínculo garantindo a continuidade das ações de saúde; e,
- d) estimular a participação popular e o controle social.

Aos municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, através das Secretarias Municipais de Saúde, compete: incluir a forma de utilização de recursos, do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, no plano municipal de saúde; inserir o PSF; organizar o fluxo de usuários visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora da atenção básica; garantir a infra-estrutura das unidades básicas de saúde; contratar profissionais que compõem as equipes, inclusive de PSF; programar as ações de atenção básica a partir de sua base territorial; viabilizar parcerias com organizações governamentais, não-governamentais e com o setor privado para fortalecer a atenção básica.

Quanto à infra-estrutura e aos recursos necessários à realização das ações de atenção básica nos municípios, é imprescindível:

- a) unidade básica de saúde (UBS) com ou sem saúde da família;
- b) equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), entre outros;
- c) consultório médico, consultório dentário e consultório de enfermagem;
- d) área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacinas e sanitários;
- e) equipamentos e materiais adequados para garantir a resolutividade da atenção básica;
- f) garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e,

- g) manutenção de estoques de insumos necessários, inclusive dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Tem-se como características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

- a) definição de território da UBS;
- b) priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, levando em conta assistência resolutiva à demanda espontânea;
- c) ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença;
- d) ações focalizadas sobre grupos de risco com a finalidade de prevenir doenças e danos evitáveis;
- e) assistência básica integral e contínua;
- f) acolhimento;
- g) ações intersetoriais, integrando projetos sociais, voltados para a promoção da saúde; e,
- h) apoio ao controle social.

O PSF visa à reorganização da atenção básica, orientado pelos preceitos do SUS. O PSF deve ter ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a população adscrita; buscar integração com instituições e organizações sociais, desenvolvendo parcerias.

Compete a SMS: inserir o PSF a fim de organizar o sistema local de saúde; garantir infra-estrutura para o funcionamento do PSF, dotando-as de recursos materiais para o desenvolvimento das ações; assegurar o cumprimento de horário integral (40 horas semanais) de todos os profissionais da equipe; definir no plano de saúde as características, os objetivos, as metas do PSF.

Para a implantação do PSF é necessário: equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com carga horário de 40 horas semanais para todos os integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS; ACS para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de PSF; existência de uma unidade básica de saúde com

no mínimo: consultório médico e de enfermagem, sala de recepção, local para arquivos, uma sala para cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários; fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico ambulatorial e hospitalar. É necessário para incorporação de profissionais de saúde bucal no PSF: cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, consultório dentário.

É prevista a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tendo como itens necessários enfermeiro supervisor para até 30 ACS, o cumprimento de 40 horas semanais para os ACS, definições de microáreas para cada ACS não excedendo a 750 pessoas por ACS.

O processo de trabalho de PSF deve: considerar as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; priorizar problemas de saúde mais freqüentes; praticar cuidado familiar ampliado; viabilizar diversos saberes numa abordagem integral e resolutiva; desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais; estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

Como algumas atribuições específicas tem-se:

- a) do ACS: acompanhar, através de visita domiciliar, as famílias sob sua responsabilidade;
- b) do enfermeiro: assistência integral, visita domiciliar, assistência integral em espaços comunitários (escolas, associações) e;
- c) do médico: assistência integral; encaminhar usuários a serviços de média e alta complexidade.

3.1.5 A Lei Orgânica do Município de Vitória das Missões, de 17 de dezembro de 1993

A Lei Orgânica Municipal contempla, em seu capítulo sobre saúde, um Sistema Único descentralizado de saúde; atendimento integral, com prioridades para as

atividades preventivas; participação da comunidade; gratuidade dos serviços de saúde. Prevê a instalação de unidades básicas de saúde nas principais comunidades do interior.

Compete ao Município criar o Conselho Municipal de Saúde (CMS) com poderes deliberativos; o CMS com ampla representação da comunidade tem por finalidade implantar as diretrizes da política municipal de saúde e controlar a sua execução; o CMS é composto por instituições públicas de saúde, por representantes dos usuários.

3.1.6 O Plano Municipal de Saúde 2005/2008

No Plano Municipal de Saúde consta como objetivos o bem estar coletivo e a convivência qualificada através da universalidade da cidadania. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Vitória das Missões está habilitada na Gestão Plena de Atenção Básica, tendo como norteador os princípios da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que expande as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, comprometendo a administração atual de Vitória das Missões com a resolutividade das ações de saúde e atendendo aos princípios da integralidade, descentralização, regionalização e controle social, que são a base do SUS. A atual administração do município visa uma gestão voltada para o social, pactuada entre os diversos níveis para a melhoria das condições de vida e saúde dos usuários.

O Plano Municipal de Saúde foi elaborado com o CMS e apresentado às comunidades que compõem o município, contando com a presença de mais de 400 pessoas do município; foram acolhidas sugestões dos cidadãos que participaram das reuniões. Houve a realização da 2ª Conferência Municipal de Saúde em 17 de novembro de 2005 e a próxima está marcada para o ano de 2008.

O CMS foi criado pela Lei nº 145 de 12 de abril de 1994, sendo órgão colegiado, permanente e deliberativo do SUS, assessorando a administração municipal. O CMS objetiva à melhoria das condições de saúde da população; conta com 14 membros titulares.

A estrutura física é constituída por 2 UBSs: uma localizada na sede (zona urbana) do município, com 153m², contendo uma sala de recepção, uma sala de farmácia, um corredor interno que funciona como sala de espera, uma sala de ambulatório, uma sala que é a SMS, uma sala de vacinas, um consultório odontológico, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários, uma sala administrativa, uma sala para arquivos, um consultório de enfermagem, um consultório médico com banheiro e uma cozinha; e outra localizada numa comunidade do interior – Esquina Redim (zona rural), com 108m², composta por uma sala de recepção e de espera, um banheiro para usuários, uma sala de farmácia, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala administrativa, uma sala de vacinas, uma sala de ambulatório e uma cozinha.

A equipe de PSF conta com um médico, uma enfermeira, um dentista, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem; e o PACS tem 9 ACS.

Vitória das Missões faz limites municipais com Entre-Ijuis, Santo Ângelo, Guarani das Missões, Caibaté e São Miguel das Missões. As referências ambulatoriais conveniadas e vinculadas ao SUS situam-se no município de Santo Ângelo e no próprio município de Vitória das Missões. A rede hospitalar de referência pública e privada fica nos municípios de Santo Ângelo, Caibaté e São Miguel das Missões (limites municipais), bem como Ijuí, Caxias do Sul, Santa Maira, Três Passos e Passo Fundo.

Os hipertensos acompanhados pelo serviço de saúde, em 2005, foram 442, e destes 100% faz uso de medicação contínua. São realizados grupos nas comunidades semanalmente, onde participam médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e o ACS da localidade em que é feita a reunião para hipertensos.

Foram 83 diabéticos acompanhados em 2005 através de reuniões semanais nas comunidades. Destes, 98% usa medicação com distribuição gratuita na UBS.

São realizados grupos de gestantes nas comunidades e na zona urbana; as palestras educativas à comunidade são oferecidas sempre que acontecem macro-eventos no município. O encaminhamento ginecológico e outros serviços especializados são disponibilizados sempre que se fazem necessários..

Não há nenhum caso de hanseníase no município, entretanto os ACS estão instruídos para encaminhar à UBS os casos suspeitos.

O acompanhamento das crianças também é feito através das visitas dos ACS. Tem-se como proposta organizar mutirões que vão aos colégios realizar palestras e medicar contra a pediculose. As verminoses são investigadas através das visitas dos ACS para serem posteriormente tratadas com medicações.

Irá se criar um roteiro de palestras nas escolas com o objetivo de prevenção de problemas, bem como um projeto para o auxílio em prótese dentária que visa melhorar a qualidade de vida do cidadão.

A equipe de PSF realiza visitas domiciliares (VDs) semanalmente e conta com o trabalho dos ACS que fazem a cobertura de 100% do município.

Aos pacientes hipertensos e diabéticos não faltará exames e medicamentos, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos.

Quanto à saúde da mulher, vai-se qualificar e ampliar o planejamento familiar através do fornecimento de dispositivos intra-uterinos (DIUs), laqueaduras e anticoncepcionais. O exame citopatológico vem melhorando com o trabalho de divulgação dos ACS e dos grupos nas comunidades.

A assistência farmacêutica supre os medicamentos que cabe à atenção básica e até alguns de responsabilidade do Estado, porém encontra dificuldade para suprir os de competência do Estado e da União.

A problemática de hipertensos e diabéticos demanda uma educação preventiva por meio de grupos, visando reduzir o número destes que fazem uso de medicação contínua.

O demonstrativo da produção ambulatorial em 2005, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), mostra que houve:

- a) 151 visitas/atendimentos domiciliares por médico;
- b) 302 VDs por enfermeira;

- c) 110 visitas de nível médio (técnica de enfermagem ou auxiliar de enfermagem);
- d) 1204 administrações de medicamentos;
- e) 45 atividades educativas; e,
- f) 11830 atividades executadas por ACS.

Como atividades de assistência básica tem-se: atendimento médico, atendimento odontológico; de média complexidade (especializada) tem-se: atendimento médico especializado, radiodiagnóstico, ecografia, tomografia, eletrocardiograma, exames especializados e medicamentos; e, de alta complexidade (alto custo) tem-se: hemodiálise, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia e ressonância magnética.

No Município, são realizadas ações estratégicas mínimas, como prevê a NOAS-SUS 01/2001 – controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), controle do diabetes melito (DM), ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

Existe a alimentação do banco de dados nacional através dos sistemas de informação: SAI, sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC), sistema de informação de mortalidade (SIM), sistema de informação do programa nacional de imunização (SI-PNI) e SIAB.

No Plano Municipal de Saúde, na parte da agenda 2005-2008, constam seis eixos de atuação com alguns objetivos, ações e metas:

- a) redução da mortalidade infantil e materna;
 - qualificar o pré-natal;
 - qualificar o atendimento às gestantes;
 - ampliar ações de educação e saúde relacionadas à higiene e profilaxia;
 - oferecer um acompanhamento preventivo para crianças com problemas respiratórios e nutricionais;
- b) controle de doenças e agrários prioritários;
 - imunizar grupos prioritários;
 - realizar busca ativa em menores de um ano;

- alertar os ACS sobre indivíduos com vacinas em atraso de sua área;
- fazer um trabalho em equipe;
- ações que previnam a dengue;
- treinar os ACS para investigar casos suspeitos de tuberculose e hanseníase;
- descentralizar a atenção em tuberculose e hanseníase;
- realizar palestras educativas com grupos de hipertensos, diabéticos e pacientes com neoplasias nas comunidades;
- visita dos ACS aos pacientes hipertensos e diabéticos;
- fornecer toda a medicação para controle de diabetes e para o tratamento de doenças respiratórias;
- oferecer o serviço de prevenção e consultas de rotina no posto de saúde em vários tipos de neoplasias;
- garantir tratamento em centros de referência para casos confirmados de neoplasias;
- atividades educativas sobre prevenção de acidentes e doenças do trabalho;
- palestras educativas para incentivo de uma alimentação nutritiva; sobre assuntos ligados à adolescência; sobre planejamento familiar; sobre terceira idade;
- criar a farmácia do idoso garantindo a sua medicação;
- prevenir problemas decorrentes da idade;
- acompanhar os idosos através de visitas domiciliares;
- prevenção do tabagismo, de novos fumantes e de doenças;
- realizar palestras sobre os malefícios do cigarro;
- fornecer medicamentos aos fumantes em tratamento;
- prevenir problemas de visão, realizar exames preventivos;
- encaminhar ao oftalmologista pacientes com problemas de visão;
- palestras sobre saúde bucal;

- qualificar a vida do cidadão através da reabilitação oral;
- c) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e dos serviços de saúde;
- oferecer medicamentos genéricos;
 - ampliar a estrutura física do posto de saúde;
 - qualificar o acesso e o acolhimento do usuário;
 - repasse de dados e informações à Regional através dos sistemas de informação;
 - transportar as pessoas para serviços de média e alta complexidade;
 - construir uma área para sessões de fisioterapia e hidroterapia;
 - qualificar a assistência em casos de emergência e urgência;
- d) reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- implantar o plano diretor de regionalização do Rio Grande do Sul;
 - garantir medicamentos de saúde mental;
 - descentralizar recursos financeiros utilizados em saúde;
 - aproximar a população para fiscalizar a aplicação de recursos;
 - aplicação de recursos conforme decisão do CMS;
- e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde;
- qualificar o aperfeiçoamento dos profissionais para uma melhor assistência;
 - estimular uma educação continuada para a equipe de saúde;
 - realizar um trabalho com a comunidade sobre seus chás caseiros e uma troca de ervas e experiências entre as pessoas da comunidade;
- f) qualificação do controle social;
- capacitar conselheiros municipais de saúde;
 - garantir a participação dos conselheiros de saúde em atividades estaduais e regionais;
 - garantir infra-estrutura (sala e recursos) para a capacitação dos conselheiros.

O município de Vitória das Missões presta assistência integral a toda sua população utilizando a assistência básica gratuita – o único atendimento existente de nível primário no município . Há prestação de serviços junto à comunidade como grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. Oferece-se serviços terceirizados como exames de alta complexidade via convênios com outros municípios.

Quando solicitado pelo médico algum encaminhamento para especialista, faz-se necessária a autorização do secretário municipal de saúde. A referência é Santo Ângelo, pois é o município mais próximo de Vitória das Missões que dispõe de atendimentos generalizados.

Os membros do CMS determinam a aplicação do dinheiro recebido dos órgãos Federal, Estadual e Municipal.

A satisfação do usuário é medida de acordo com a procura por atendimento no posto de saúde. Vitória das Missões tem alcançado um alto grau de resolutividade de problemas da rede pública de saúde.

3.2 O PSF e a atenção básica de saúde

As ações e serviços públicos de saúde conforme as diretrizes do SUS integram uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada em níveis crescentes de complexidade. O modelo organizacional contemporâneo estrutura em três níveis complementares a atenção à saúde distribuídos em atenção básica, de média e de alta complexidade.

A estruturação da assistência básica é parte importante do sistema e componente fundamental para a efetiva implementação dos princípios e diretrizes do SUS. A atenção básica é compreendida como um conjunto de ações de saúde, na dimensão individual e coletiva, que inclui a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, investindo na prevenção de agravos à saúde e procurando solucionar os problemas mais incidentes e prioritários das populações adscritas. Assim, deve ser o

ponto de contato primordial e porta de entrada do usuário no sistema de saúde, seguindo princípios norteadores como a universalidade, a formação do vínculo e a continuidade da assistência, a integralidade, a equidade e a participação social.

O trabalho das equipes de atenção básica, por isso mesmo, deve se caracterizar por uma assistência resolutiva às demandas espontânea e programada; por ações educativas; por atividades focalizadas nos grupos de risco, na assistência integral e contínua, no acolhimento, na qualificação do primeiro atendimento às urgências e na integração dos projetos sociais.

O PACS iniciado oficialmente em 1991 mostrou-se carente de maiores recursos e força objetiva capazes de garantir resolutividade em suas ações. Por ter funcionado com certo distanciamento das unidades sanitárias tradicionais e da rede de serviços de saúde, o Ministério da Saúde implementou três anos mais tarde o PSF com o enfoque de deslocar do indivíduo isoladamente para a sua família, entendida no seu meio social, no contexto onde vive, onde são constituídas as relações intra e extrafamiliares e onde se dá a luta diária por melhores condições de vida.

Como estratégias essenciais são planejadas e desenvolvidas ações de prevenção sem esperar que a clientela demandada busque auxílio na unidade somente quando há piora do estado geral, mas indo de casa em casa orientar e educar as famílias sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças, diminuindo danos e agravos evitáveis à saúde.

O PSF se traduz por

[. . .] um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1994, p.6).

Um dos documentos que normatizou o PSF foi a Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997, contendo normas e diretrizes para o programa. Nela estão presentes as competências da União, do Estado e do Município; diretrizes operacionais do PSF como a reorganização das práticas de trabalho inserindo o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde, com abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial, à participação da comunidade e ao controle social e a integralidade da assistência.

Cada equipe de saúde da família é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, sendo um ACS para cada 150 famílias ou 750 pessoas, no máximo e abrangendo 1000 famílias ou 4500 pessoas.

O PSF tem por finalidade promover mudanças no exercício de práticas gerenciais e sanitárias que, historicamente, têm elaborado modelos de assistência diversificados e cuja cronologia nem sempre resulta em serviços resolutivos e de qualidade. Pretende-se romper com alguns paradigmas vigentes como cura/prevenção, indivíduo/família e hospital/comunidade, objetivando contribuir para a descentralização do sistema de saúde, a demanda organizada e espontânea, a delimitação do território e funcionamento do sistema de referência e contra-referência, a unidade básica de saúde com integralidade nas ações, articulada aos demais níveis da rede de complexidade de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da municipalização dos serviços de atenção primária à saúde. O processo de regionalização é uma estratégia para a hierarquização dos serviços buscando uma maior equidade das ações.

A atenção básica tem como metas mínimas o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. A média complexidade corresponde ao atendimento ambulatorial e hospitalar demandando disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos não disponíveis em todos os municípios devido ao alto custo. A alta complexidade conta com referências interestaduais pela existência da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade.

3.3 O Município de Vitória das Missões e o seu sistema de saúde

Vitória das Missões foi colonizada em 1909, por imigrantes alemães e italianos, sendo emancipada de Santo Ângelo em 20 de março de 1992 pela Lei nº 9.569/92 (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005). Sua denominação originou-se de um litígio judicial de

terras e o grupo vencedor denominou-o, inicialmente, como Colônia Vitória, mudando anos depois para Vitória das Missões (FEDERAÇÃO..., c2005b).

Sua população atual é de 3859 habitantes distribuída num território de 258,67 km² de área e base econômica agrícola, especialmente voltada às plantações de soja e milho (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

A SMS foi criada pelo Decreto Executivo nº 001/93 de 19 de fevereiro de 1993, com o objetivo de melhorar a vida coletiva dos habitantes e tem seu principal suporte financeiro no Fundo Municipal de Saúde (FMS), instituído pela Lei nº 144 de 12 de abril de 1994 (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

O CMS é definido pela Lei Municipal nº 145 de 12 de abril de 1994 como órgão colegiado permanente e deliberativo composto por 14 membros para exercício pleno do controle social e da participação da comunidade (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

Embora existam no município duas estruturas físicas para servir como recursos de saúde – a unidade na sede urbana com 153 m² e um prédio na comunidade interiorana de Esquina Redim com 108 m² - somente uma equipe de saúde (modelo PSF) atende nas duas localidades (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

As referências hospitalares estão localizadas em municípios vizinhos próximos como Santo Ângelo, Caibaté e São Miguel das Missões e em situações mais complexas nas cidades de Ijuí, Santa Maria, Três Passos, Passo Fundo e Caxias do Sul. Os serviços ambulatoriais disponíveis ao cliente SUS através de convênios são quase na totalidade referenciados para Santo Ângelo (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

Como recursos humanos ligados à área da saúde, além de uma equipe de PSF e outra do PACS com nove integrantes, tem-se o Secretário de Saúde, o Sub-Secretário ou Secretário Substituto, dois auxiliares administrativos, três motoristas, uma servente e um auxiliar de enfermagem. O grupo do PSF é composto por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

No Plano Municipal de Saúde de Vitória das Missões consta a habilitação na modalidade de gestão plena da atenção básica, orientada pelas definições da Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96 publicada pela Portaria MS nº 2203 de 05 de novembro de 1996. Assim, pela NOB, cabe ao município a gestão e a execução da

assistencial ambulatorial básica (Piso de Atenção Básica-PAB), a vigilância sanitária e a epidemiológica; de todas as unidades básicas de saúde públicas e privadas; elaborar a programação pactuada e integrada (PPI); fornecer as autorizações para internações hospitalares (AIH) e os procedimentos ambulatoriais especializados; bem como o controle e a avaliação da assistência básica.

Se a NOB 01/96 determina os papéis de cada nível do sistema de saúde, reafirmadas as comissões intergestoras e estabelecidos os tetos financeiros para todas as esferas de governo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002 atualizou as condições de gestão estabelecidas na NOB referidas anteriormente, detalhou responsabilidades, requisitos e prerrogativas para cada modalidade de gestão.

Além da revisão de critérios de habilitação e do fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, a NOAS prevê como estratégias a regionalização e a organização da assistência garantida através da elaboração do plano diretor de regionalização, ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, qualificação de microrregiões na assistência à saúde, organização dos serviços de média complexidade e implementação da política de atenção de alta complexidade/custo no sistema único de saúde.

Neste particular, o município de Vitória das Missões, ao que pese seus poucos recursos e capacidade instalada para prestar as ações, vê-se contemplado com um apoio decisivo da rede de cobertura e assistência regionalizada.

4 METODOLOGIA

O estudo qualitativo visou caracterizar o PSF de Vitória das Missões, cuja análise foi a equipe mínima de Saúde da Família, pois este é o único serviço de saúde que o município dispõe. A pesquisa foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2006.

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi desenvolvida através de estudo exploratório descritivo, de caráter qualitativo, com apresentação das características do PSF de Vitória das Missões, refletiu-se sobre a percepção de gestores, de profissionais de saúde e dos usuários do serviço de atenção à saúde, quanto a dois princípios e diretrizes do SUS (integralidade e participação da comunidade). Segundo Polit e Hungler (1995), uma investigação descritiva se caracteriza por descrição e classificação; enquanto que a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões do fenômeno (neste caso o PSF de Vitória das Missões), o modo pelo qual é manifestado e os fatores com os quais se relaciona. A pesquisa qualitativa se deu através de coleta e análise sistemática de narrativas subjetivas.

4.2 Campo de estudo

Vitória das Missões é um município com 14 anos de emancipação política, área de 259,61 km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,76, segundo o Atlas do IDH de 2000. Situado na microrregião noroeste rio-grandense, sua população total era de 3.979 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) em 2000 (FEDERAÇÃO..., c2005a). O nome do município originou-se de um litígio judicial de terras e o grupo vencedor denominou-o como Colônia Vitória, mudando, anos depois, para Vitória das Missões (FEDERAÇÃO..., c2005b).

Seus resultados em saúde mostram que, em 2004, a população coberta pelo PSF era de 3.754 habitantes; cobertura vacinal de 98,5% das crianças com esquema vacinal básico em dia; havia 100% de atendimentos em consultas de pré-natal; o maior motivo de internação (28,7%) era por doenças do aparelho respiratório e o maior índice de óbitos (40,7%) por doenças do aparelho circulatório, o que vai ao encontro da causa nacional dessa incidência. Quanto às condições sanitárias, no ano de 2000, 84,7% dos moradores apresentavam rede geral de água; 83,1% tinham fossa rudimentar e 45,4% queimava o lixo na propriedade (BRASIL, 2006a). A atenção à saúde da população restringe-se ao funcionamento diário e em dois turnos do único serviço disponível: a unidade do PSF.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos convidados a participarem do estudo foram:

- a) A equipe mínima de PSF composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma ACS, conforme a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que atualmente regula o PSF e o PACS, na condição de profissionais da saúde (BRASIL, 2006b);
- b) o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde, na condição de gestores e;
- c) a presidenta do Conselho Municipal de Saúde – usuária representante da comunidade da sede urbana e 5 outros usuários do serviço de saúde que foram escolhidos aleatoriamente.

O tamanho total da amostra foi de 12 pessoas, sendo 4 profissionais da saúde, 2

gestores (prefeito e secretário municipal de saúde) e 6 usuários do serviço de saúde. A representação dos usuários foi paritária em relação aos demais segmentos conforme prevê a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, [s.d.]b).

A definição da população participante se justificou, segundo Deslandes (1994), pela pesquisa qualitativa não se basear no critério numérico para garantir sua representatividade, mas por estes indivíduos terem uma vinculação mais significativa com o tema que foi abordado.

4.4 Coleta das informações

A coleta de dados incluiu a entrevista semi-estruturada (DESLANDES, 1994). A entrevista seguiu as orientações de Cruz Neto (1994), que diz que através dela busca-se obter informações contidos na fala dos atores sociais; a entrevista não significa uma conversa despretensiosa e neutra, podendo obter-se dados que se relacionem aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A coleta de dados foi nos meses de outubro e novembro de 2006, no município de Vitória das Missões.

4.5 Análise das informações

Os resultados obtidos foram classificados conforme o esquema de codificação de Gagliardi¹ (1991 *apud* POLIT; HUNGLER, 1995, p. 273). A codificação se deu pela

¹ GAGLIARDI, B. A. The family's experience of living with a child with Duchene muscular dystrophy. *Applied Nursing Research*, v. 4, p. 159–164, 1991.

freqüência de temas ou regularidades nos dados, apesar de “não existirem regras sistemáticas, universalmente aceitas, para a análise e a apresentação de dados qualitativos” (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 273).

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (anexo A). Os sujeitos participaram voluntariamente da pesquisa, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo B) onde constam os objetivos do estudo, a metodologia e o caráter confidencial das observações e entrevistas, a privacidade e a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

Foi garantido aos servidores municipais que não haveria forma de coação em decorrência de suas atitudes relacionadas à pesquisa.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, c2005).

O esclarecimento dos sujeitos foi feito em linguagem acessível e incluiu:

- a) justificativa, objetivos e procedimentos que seriam utilizados na pesquisa;
- b) metodologia;
- c) liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e;
- d) garantia do sigilo que assegurou a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

definidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, c2005).

5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é apresentada a análise das entrevistas realizadas com seis usuários do serviço de saúde, quatro profissionais de saúde e dois gestores municipais; totalizando doze entrevistados. As entrevistas semi-estruturadas eram compostas por três questões que foram iguais para todos os segmentos participantes; organizou-se uma codificação dentro de cada pergunta que se deu pela frequência de temas e/ou regularidade nos dados.

5.1 A saúde de Vitória das Missões segundo os entrevistados

Tratando-se de um instrumento semi-estruturado, a primeira resposta solicitada aos entrevistados interrogou a maneira como cada participante caracterizava a saúde do seu município. Feita a usuários, profissionais e gestores, respectivamente em número de seis, quatro e dois, a pergunta foi acompanhada pela preocupação sobre a demanda e o seu atendimento ao nível da atenção básica em Vitória das Missões. Obteve-se como informações as constantes no Quadro 1, a seguir:

TEMA	FREQÜÊNCIA
Suprimento da demanda e resolutividade em nível de atenção básica	11
A qualidade do atendimento	10
A equipe de saúde	8
A medicação	6
Os agentes comunitários de saúde	5
Aspectos preventivos	3
Visitas domiciliares	3
Área física	2

Quadro 1 – Temas freqüentes quanto à caracterização do município

5.1.1 Suprimento da demanda e resolutividade em nível de atenção básica

Questionados sobre o suprimento da demanda em nível de atenção básica e sobre a resolutividade, quatro dos entrevistados (sendo três usuários) disseram que a demanda não é suprida adequadamente, mencionando como justificativa para isso o fato de que só se tem uma equipe de PSF no município, visualizadas através das seguintes falas:

Ah, é pouca gente ; [...] pouco pessoal. (Usuário 2)

Eu acho que não, [...]; Eu acho que sozinhos não conseguem tomarem conta de todo o município de Vitória (Usuária 3).

Eu acho que não. Eu tenho certeza que não. Eu acho que não por causa pelo tamanho do município, [...] (Usuária 6).

Não dá conta da população porque muitas pessoas vem se queixar que não conseguem ser atendidas no tempo que eles tão doentes, [...] (Profissional de saúde 1).

Alguns referem que há um suprimento parcial da demanda, dizendo

Eu acho que eles tão resolvendo. (Usuária 5).

Não, eu acho que devagarinho nós estamos conseguindo.; Eu acho que tá resolvendo sim, tamo conseguindo, se não consegue resolver aqui dentro do município, as pessoas tão sendo encaminhadas pra especialistas fora do município, [...] (Profissional de saúde 2).

[. . .] e assim, nós vamos cobrir 100% do nosso município, [...] (Gestor 2)

Os que sinalizam apontando o completo suprimento da demanda vêem como uma das razões o tamanho da população do município, porém confundem-no com resolutividade, na qual as pessoas não apenas são atendidas, mas seus problemas resolvidos.

Eu acho que sim, porque nossa população não é tão grande. Eu acho que eles conseguem. A equipe faz um trabalho bem organizado, se programam bem.; Em parte, eu acho que sim (Usuária 1).

A princípio, conforme foi estabelecido o PSF no município com 3.800 habitantes, com esta idéia, ele tá dando; ele tá dando resolutividade, [...] (Gestor 1).

O que se demanda, eu acredito que sim, que consegue se suprir principalmente a atenção básica, [...]; [...] uma equipe de PSF abrangendo 80% da população [...] (Profissional de saúde 4).

E de atenção básica sim, com certeza (Profissional de saúde 3).

5.1.2 A qualidade do atendimento

A quase totalidade dos entrevistados cita que o atendimento é de qualidade, com falas como:

Eu, pra mim é muito boa, sempre fui bem atendida, eu o L. F., quando ele tá com febre, sempre tem bastante atenção, de todas as enfermeiras, pra mim, eu não tenho nada a reclamar (Usuária 3).

Eu acho que a saúde é essencial aqui, porque a primeira coisa que a gente pensa na saúde. A primeira coisa tu vai procurar o posto de saúde também. Sempre tão bem atendido. Eu, pra mim não tenho queixas nenhuma (Usuária 4).

Outras falas sobre a qualidade do atendimento podem ser observadas por:

Eu acho que é bom aqui o atendimento, as pessoas vão buscar recursos pra saúde no posto (Usuária 1).

Bom, eu acho assim que muito boa, fiz estágio num outro município e acho que nosso município tá bem, bem. Inclusive bem atendido por bons profissionais, médico, psicóloga, técnicas (Profissional de saúde 2).

Então aqui, eu acredito que o nosso posto tá bem, a nossa população tá bem assistida (Profissional de saúde 3).

Eu acho que no meu ver assim é boa. Tu diz o posto de saúde no caso em si. Eu acho que pra mim assim é boa, talvez deixe a desejar alguma coisa que a gente ouve o povo falar, mas daí não é assim; [...] (Usuária 5).

Eu acho que nos últimos tempos assim pra cá melhorou bastante, sabe, que as pessoas começaram a entender que cada administração é uma forma de trabalhar; [...] mas eu acho que tá começando a caminhar pra uma coisa melhor do que era antes [...] (Usuária 6).

Vitória das Missões, acredito que tá bem atendida digamos assim, não sei se, algumas coisas precisam melhorar, mas tá bem atendida, nesse sentido sim (Profissional de saúde 4).

Entendemos que tem muito a caminhar ainda, mas a atenção básica tá funcionando razoavelmente (Gestor 1).

Todavia a pessoa que vê problemas argumenta que:

70% de boa. Porque não tem tudo. Falta uma estrutura melhor, um mini-hospital, um atendimento assim que possa atender o pessoal mais aqui, que não precise levar pra outras cidades, se deslocar. Uma coisa que nem um soro, um medicamento que precise fazer aqui não tem condições mesmo. Bem pequenininho. Espaço pouco (Usuário 2).

Porém, nessa fala, ela denota seu entendimento precário por “mini-hospital”.

5.1.3 A equipe de saúde

A maioria dos entrevistados disse que poderia ter mais recursos humanos para atender a população melhorando a qualidade do atendimento e diminuindo a sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes, muitos referiram a falta de uma equipe completa de saúde da família; outros gostariam que tivessem mais profissionais de nível superior verificando-se através das seguintes falas:

[...] teria que ter pelo menos mais um grupo de Saúde da Família e ter mais uma enfermeira [...] (Usuária 6).

Falta mais um PSF (Profissional de saúde 1).

Assim, em realidade caberia mais um PSF, mas por enquanto a gente tem só um, a gente nota que a gente tem um sobrecarga (Profissional de saúde 3).

[...] porém nós entendemos enquanto gestão pro futuro, em criar mais um PSF, pra qualificar mais o atendimento, [...] (Gestor 1).

[...] mas eu vejo como necessidade nós implantarmos mais um programa, nós estamos trabalhando pra isso, e nos próximos meses, talvez neste ano ainda, a gente consiga encaminhar, digamos assim, pra que logo nós temos mais um PSF, [...] (Gestor 2).

Olha dois médicos no caso, mais enfermeira. Eu acho que isso (Usuária 3).

Eu acho que precisaria mais, pelo menos mais um médico e mais uma enfermeira padrão no caso porque pra melhorar mais ainda o atendimento (Usuária 5).

Eu penso assim, que deveria ter mais até porque é muito, muita gente pra poucas pessoas, as vezes a gente vai lá, quantas vezes fui lá e uns reclamam, mas eles não vencem atender tudo; eu acho que mais tarde de repente; eu acho que tem que ter mais, que é pouco; o povo é bastante que vai lá, nossa! (Usuária 4).

5.1.4 A medicação

Todos os entrevistados que levantaram o tema remédios referem que existe a disponibilidade e o acesso à medicação; podendo ser visto nas seguintes afirmações:

[...] a maioria que vai lá busca remédio. Tem remédios disponíveis sempre pra todos os usuários (Usuária 1).

O remédio dele e o meu, eu sempre consigo [...] (Usuária 3).

Mas eu acho pelo menos agora, as pessoas encontram remédio no posto de saúde, tem remédio (Usuária 6).

[...] porque aqui o pessoal tem bastante acesso à saúde, acesso às consultas, acesso à medicação, acesso a todos os serviços que nós dispomos na nossa rede básica (Profissional de saúde 3).

[. . .] tem digamos assim uma farmácia básica bastante completa [...] (Profissional de saúde 4).

Entretanto, uma usuária diz que algumas pessoas lhe comentam que faltam algumas medicações, porém ela explica-lhes dizendo que esses medicamentos não fazem parte da farmácia básica. Isso evidencia que há o desconhecimento das medicações que compõem a farmácia básica. A seguir é apresentada a fala dessa usuária.

[...] os medicamentos – ah, lá no posto não tem! Então o pessoal sobre a saúde reclama, ah então no posto não tem. Eu mesma tento explicar que a farmácia básica do posto é tais medicamentos, mas o pessoal não entende (Usuária 5).

Quanto à infra-estrutura e aos recursos necessários à realização das ações de atenção básica nos municípios é imprescindível a manutenção de estoques de insumos necessários, inclusive dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente (BRASIL, 2006b)

Segundo o plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005), a assistência farmacêutica supre os medicamentos que cabe à atenção básica, porém encontra dificuldade para suprir os de competência do Estado e da União. Aos pacientes hipertensos e diabéticos não faltarão exames e medicamentos, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos - os hipertensos acompanhados pelo serviço de saúde, em 2005, foram 442, e destes 100% faz uso de medicação contínua; dos diabéticos, 98% usa medicação com distribuição gratuita na UBS.

O demonstrativo da produção ambulatorial em 2005, conforme o SIAB, mostra que houve 1204 administrações de medicamentos. Está previsto no plano municipal de saúde, para o controle de doenças e agravos prioritários o fornecimento de toda a medicação para controle de diabete e para o tratamento de doenças respiratórias, criar a farmácia do idoso garantindo a sua medicação, fornecer medicamentos aos fumantes em tratamento, disponibilizar medicamentos genéricos e garantir medicamentos de saúde mental (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005).

5.1.5 Os agentes comunitários de saúde

Os agentes comunitários de saúde foram abordados em diferentes aspectos nas entrevistas. A inclusão por processo seletivo foi um dos destaques:

[.. .] fizemos um processo seletivo de todos agentes comunitários de saúde, [...] (Gestor 1).

A intensidade do trabalho dos agentes e o reconhecimento como ação auxiliar reforçou a importância da supervisão direta da enfermeira:

[. . .] em virtude do trabalho dos agentes de saúde que foi intensificado, foi, tá sendo assim feito com mais intensidade, [. . .] (Gestor 2).

O agente de saúde tá fazendo um trabalho bom também; ajudam os profissionais (Usuário 2).

E assim, eu acho que teria que ter uma enfermeira só pra trabalhar com os agentes, fazer um trabalho só com os agentes. Porque eu sinto, na área que eu trabalho, bastante dificuldade; eu preciso pra o Bolsa Família a aplicação do SISVAN, e a enfermeira que tá aqui não dá conta, porque acho que ela não vence as coisas, [...] (Usuária 6).

Os ACS são responsáveis por boa parte das VDs e através delas realizam ações como acompanhamento das famílias, investigação de doenças transmissíveis para posterior diagnóstico e tratamento, divulgação de grupos e outras ações preventivas das enfermidades. Assim:

[. . .] os agentes de saúde são do PSF. Eles têm um papel de fazer a prevenção da saúde e juntamente com o médico e a enfermeira, [...] (Usuária 1),

O demonstrativo de produção ambulatorial, em 2005, no município mostra que houve 11.830 atividades executadas por ACS. No plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) consta como ações referentes ao trabalho do ACS o alerta sobre indivíduos com vacinas em atraso de suas respectivas áreas; o treinamento para investigar casos suspeitos de tuberculose e hanseníase e visitas aos pacientes hipertensos e diabéticos.

5.1.6 Aspectos preventivos do trabalho profissional

Apareceu como destaque, na visão da totalidade dos gestores e de uma usuária, a prevenção – o trabalho preventivo dos integrantes da equipe de PSF.

Saúde preventiva, que eles trabalham a questão preventiva, [...] (Usuária 1).

Já diminuiu as internações em quase 50% em um ano e meio de gestão e isso significa que nós ampliamos o trabalho preventivo nas comunidades, [...] (Gestor 1).

Hoje nós, eu considero que nós estamos numa, numa situação em que estamos dando um passo importante no sentido de fazer o trabalho preventivo na saúde. Quando nós assumimos a administração, a nossa preocupação foi essa, tratar a partir da prevenção, [...] (Gestor 2).

O plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) lista como ações preventivas principais: oferecer um acompanhamento preventivo para crianças com problemas respiratórios e nutricionais; ações que previnam a dengue; oferecer o serviço de prevenção e consultas de rotina no posto de saúde em vários tipos de neoplasias; prevenir problemas decorrentes da idade; prevenção do tabagismo, de novos fumantes e de doenças relacionadas ao tabaco; prevenir problemas de visão e realizar exames preventivos.

5.1.7 Visitas domiciliares

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental do PSF, sendo realizada pelos integrantes das equipes do PSF e do PACS para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Constitui uma atividade utilizada com a intenção de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e o planejamento das ações visando a promoção da saúde da coletividade. Por ocorrer no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde, possibilita ao profissional conhecer as reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares.

Nas entrevistas, a totalidade dos gestores e uma usuária salientaram a realização das visitas domiciliares:

[...] eles fazem as visitas às pessoas que têm mais problemas (Usuária 1).

[...] passamos de uma quantidade de visitas de 633/mês pra 1.250-1.400/mês, chegamos até 1400 visitas/mês, então isso é um número considerável, [...] (Gestor 1).

[. . .] e cobrado mais, a visita tem que ser feita, então, isso o próprio pessoal do PSF, médico, enfermeira padrão, estão indo nas comunidades, nas propriedades tratar das pessoas, [...]; [...] diminuiu muito o nosso custo hoje, em função de que as pessoas são atendidas na própria residência, sem precisar de um posto de saúde, sem precisar internar, ou coisa assim.; [...] inclusive com um trabalho melhor em termos de assistência nas localidades, nos moradores, [...] (Gestor 2).

O plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) afirma que a equipe de PSF realiza VDs semanalmente; que o demonstrativo da produção ambulatorial em 2005, conforme o SIAB, foi de 151 visitas/atendimentos domiciliares realizadas por médico, 302 por enfermeira e 110 visitas foram de nível médio (técnica de enfermagem ou auxiliar de enfermagem). Ainda tem como metas, através da realização de VDs, a busca ativa de menores de um ano e o acompanhamento dos idosos.

5.1.8 A Área física

Houve duas queixas de pouco espaço físico relacionadas à unidade básica de saúde da sede demonstrando uma grande confusão entre o que é previsto como incumbência da equipe de PSF e de atenção básica com as expectativas da comunidade por uma capacidade operacional mais ampla e complexa.

Falta uma estrutura melhor, um mini-hospital, [...]; Bem pequenininho. Espaço pouco. (Usuário 2).

Aqui a única coisa que falta no posto de saúde é espaço. Espaço tanto pra sala dos agentes não tem, sala de reuniões, a sala de espera; eles querem aumentar, uma sala de ambulatório é o que falta, e a garagem pra ambulância. Falta de espaço, mas eles já tão pensando nisso aí, na ampliação. (Profissional de saúde 1).

Aos municípios, como gestores locais de saúde, através das Secretarias Municipais de Saúde, compete a garantia da infra-estrutura das unidades básicas de saúde para o funcionamento do PSF, dotando-as de recursos materiais para o desenvolvimento das ações. Quanto à infra-estrutura e aos recursos necessários à realização das ações de atenção básica nos municípios é imprescindível unidade básica de saúde com ou sem saúde da família; consultório médico, consultório dentário e consultório de enfermagem; área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básico de enfermagem, uma sala de vacinas e sanitários e; equipamentos e materiais adequados para garantir a resolutividade da atenção básica (BRASIL, 2006b).

Diferentemente da Lei Orgânica Municipal de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) que prevê a instalação de unidades básicas de saúde nas principais comunidades do interior, é observado nas falas acima o desejo de ampliação da unidade já existente inclusive quanto à capacidade de atendimento.

O Plano Municipal de Saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) reafirma esse desejo manifesto nas afirmações já citadas, tendo como metas a ampliação da estrutura física do posto de saúde, ampliação da sua capacidade instalada e a construção de uma área para sessões de fisioterapia e hidroterapia e da garantia de infra-estrutura (sala e recursos) para treinamentos e capacitação dos conselheiros municipais de saúde.

5.2 A integralidade na percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários

Como segunda pergunta da entrevista perguntou-se aos participantes: o que você entende por integralidade, que é uma diretriz do SUS, e como ela está inserida (ou não) na prestação de serviços de saúde do município de Vitória das Missões? As respostas e suas freqüências em um total de 12 entrevistas se enquadram nas temáticas do quadro abaixo:

TEMA	FREQÜÊNCIA
A pessoa como um “todo”, um “conjunto”	7
Integralidade = integrar e outros princípios	6
Rede, integralidade e descentralização	5
SUS X particular/convênio	4

Quadro 2 – Temas freqüentes quanto à integralidade

A idéia da integralidade, em 7 das entrevistas, apareceu refletindo a imagem da pessoa como um “todo” e um “conjunto integral”; seguida da temática da integralidade como sinônimo de integrar e relacionada a outros princípios do SUS com seis manifestações; a referência da rede de serviços como propiciadora das possibilidades da integralidade e descentralização das ações e serviços em cinco participantes e a articulação do atendimento do SUS e os sistemas de atendimento particular e/ou conveniado.

5.2.1. A pessoa como um “todo”

A compreensão da pessoa como um “todo” e um conjunto voltado à saúde total oscilou de manifestações como o conceito de saúde às intenções preventivas e assistencialistas da saúde. Uma das entrevistadas aludiu ao conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) definindo a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a ausência de uma doença ou enfermidade somente. A opinião manifestada destacou a ação da equipe e o direcionamento para a integralidade:

Fazem um trabalho integral que atinge a pessoa como um todo na saúde, como um todo, acho que é feito um bom trabalho; a estrutura como um todo, não só tratar um probleminha, mas ver como um todo - a saúde total – física, mental, psicológica que é feito através da assistência social com a psicóloga (Usuária 1).

A individualidade do ser humano com a compreensão de cada indivíduo como um ser único repercute como exclusividade da atenção:

A gente se sente bem, assim quando é bem atendido em conjunto integral. Eu me sinto bem daí. Eu acho que cada um é cada um; [...] (Usuária 4).

Pra mim, integralidade é tu ver o indivíduo como um todo, de forma integral. Com todas as suas necessidades, tendo em vista a sua, os seus aspectos individuais, tu ter um olhar pra ele assim, tendo em vista que eu recebi um paciente, mas de onde veio esse paciente? A realidade em que ele vive, as condições em que ele vive, é ver ele de forma integral e tentar dar resolutividade às necessidades que ele tá apresentando (Profissional de saúde 3).

Houve ainda o registro da relação entre a assistência prestada e a vinculação do indivíduo e da sua família à atenção em situações posteriores, salientando-se os aspectos preventivos das enfermidades.

Eu acho que é quando a população é assistida como um todo, desde a prevenção, desde ao nascer, pelas vacinas, a prevenção, [...] (Profissional de saúde 2).

[...] é tratar a família como um todo, digamos assim, cuidar da parte da saúde básica, da criança, da gestante, [...]; [...] desde cuidar de uma gestante, depois dar continuidade no atendimento da criança, [...] (Profissional de saúde 4).

Se profissionais de saúde colocaram em relevo os aspectos preventivos, notadamente há manifestações de caráter assistencialista embora apontando para o atendimento total das necessidades.

O SUS, ele abrange todos os planos, ele dá exame pra quase todas as doenças. Eu acho que é isso. Integral é tudo (Profissional de saúde 1).

[...] que a equipe tenha que pensar à integralidade como um todo, não em cada um na sua caixinha, mas a integralidade exige que cada servidor saiba um pouco de cada coisa, seja um pouco generalista, isso quer dizer que possa atender as pessoas que vem buscar o Serviço na Secretaria de forma, de forma que a pessoa saia contente, bem servido; [...] (Gestor 1).

Pelo conjunto das respostas obtidas pode-se verificar, como recomenda a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006b), que o processo de trabalho do PSF deve considerar as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; praticar cuidado familiar ampliado e viabilizar diversos saberes numa

abordagem integral e resolutiva. De outra forma, vê-se que o aprendizado conceitual e da dinâmica das ações profissionais ainda está distante do conjunto de conhecimentos dos usuários e mesmo de profissionais e gestores.

5.2.2. A integralidade comparada a outros princípios e diretrizes do SUS

A integralidade, entendida como sinônimo e capacidade de integrar apareceu relacionada à administração do próprio serviço de saúde no município, à gratuidade e ao princípio de igualdade entre os usuários para os benefícios do atendimento.

Integralidade no sentido de integrar, o sistema de saúde juntamente com a administração municipal? (Usuária 1).

O tratamento integrado da saúde, não sei se é isso que você se refere, quanto às responsabilidades do município, do Estado, da União [...] (Gestor 2).

Eu acho que é uma integração: atendimento do SUS, médicos e do posto de saúde, no caso o seu E. que é o secretário, que o pessoal procura muito o SUS; [...]; Eu acho que a integração se é o que eu tô pensando entre SUS, posto de saúde, eu acho que é excelente, porque pelo SUS tu tem tudo, a maioria das coisas; exame, cirurgia (Usuária 5).

Integralidade, eu acho assim que é tu integrar, não aquela coisa assim de: - aí, eu tenho um pouco mais, eu não vou ocupar nada do posto de saúde, Deus o livre, fazer alguma coisa pelo SUS, eu não preciso. (Usuária 6).

A visão de um serviço de saúde com equipe de PSF e ampliada por reforços do campo da saúde e fora dele é realidade muito presente na fala dos entrevistados especialmente quando se referem a integrantes da população rural.

A integralidade, na verdade, a gente, nós deveríamos ter a idéia, e a gente tem isso, só que temos ainda algumas dificuldades, eu vou citar um exemplo, nós precisaríamos ter as setoriais do município trabalhando integralmente, a Secretaria de Obras, a Secretaria da Agricultura, sindicato, EMATER, e até que nós temos este trabalho, mas ele não é um trabalho consolidado ainda, a gente pretende consolidar isso com os clubes de mães, com o movimento de mulheres, com o movimento de trabalhadores rurais (Gestor 1).

Nós temos incluído, não faz parte da equipe de PSF, mas temos incluído também a saúde bucal, bastante importante também e acredito que algumas coisas assim também digamos que se pode, que se podia mencionar é o atendimento da psicóloga também junto ao serviço de saúde pública que não faz parte do PSF, mas tá integrado indiretamente mas funciona também, se pensa em construir aqui um CAPS, um programa de saúde mental, mas por enquanto ainda tá funcionando não (Profissional de saúde 4).

A Lei Orgânica Municipal de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 1993) reafirma o princípio da integralidade do atendimento e das diretrizes do SUS estabelecidas na Constituição Federal. Assim, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede, constituidora de um sistema único, organizado, inclusive, sob a ótica do atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

O Plano Municipal de Saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) compromete a administração do município a atender com base no princípio da integralidade. Além disso, de conformidade com as determinações da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, [s.d.]a), o SUS atua na execução de ações de terapêutica integral (inclusive farmacêutica), de saneamento básico, de proteção do meio ambiente, de formação de recursos humanos na área da saúde. O SUS tem como alguns de seus princípios a integralidade da assistência (conjunto contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema); a igualdade da assistência (sem preconceitos e privilégios); a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b) refere a integralidade como um dos fundamentos da atenção básica, especificando-a em suas ações, no trabalho interdisciplinar e de toda e qualquer equipe de saúde. Como características do processo de trabalho das equipes de atenção básica tem-se a assistência básica integral e contínua; a viabilidade de diversos saberes numa abordagem integral e resolutiva desenvolvendo, para isso, ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais voltados para a promoção da saúde. Diz-se ainda que o PSF deve buscar integração com instituições e organizações sociais.

5.2.3 A formatação da rede, a integralidade e a descentralização das ações e serviços

A integralidade e a descentralização surgiram associadas pelos participantes da pesquisa à rede dos serviços de saúde componentes do sistema único, visualizadas nas citações e expressando o pensamento de sistema de referência e contra-referência em diferentes níveis de complexidade.

[. . .] no PSF e lá na Redim que é nos dois e daqui pra Santo Ângelo, no hospital, que é do SUS Santo Ângelo, que Vitória pertence mais pra lá e São Miguel muitas vezes (Usuário 2).

Nós já precisamos do SUS não aqui, mas através daqui encaminhados a Passo Fundo, [. . .]; Saímos daqui, foi encaminhado aqui por Vitória, pelo posto daqui (Usuária 5).

[. . .] eu acho que o principal é a prevenção, tu conseguindo prevenir, tu consegue trancar mais pra frente, não precisa o pessoal ir tão longe (Profissional de saúde 2).

Mas essa unidade é que dá, resolve todos os problemas dos pacientes, é aqui que a gente dá todos os encaminhamentos, dá todos os exames e a Secretaria ainda paga coisas que não é da rede básica. Feito algumas coisas que seria a nível, digamos assim, da, do outro nível, como é mesmo? É maior então, e a gente quando não consegue, quando é algumas coisas que é responsabilidade do Estado, a Secretaria que tá pagando (Profissional de saúde 3).

[...] claro que a gente busca alguns casos específicos a gente até encaminha pro Estado, quando é um caso mais, que realmente precisa, por exemplo, uma clínica especializada, [...] (Gestor 2).

As ações e serviços de saúde são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente com direção única e exercida no município pela secretaria de saúde. É possível que os municípios constituam consórcios entre si que possibilitem pela associação o atendimento às demandas da assistência ao processo saúde/doença dos seus munícipes (BRASIL, 1998; BRASIL, [s.d.]a).

A constituição da rede, regionalizada e hierarquizada, tem na descentralização e na integralidade dois pontos relevantes que se repetem da Constituição Federal à Lei Orgânica do município de Vitória das Missões (BRASIL, 1988; VITÓRIA DAS MISSÕES, 1993). No conjunto desses documentos legais constam ainda princípios

como a universalidade de acesso da população aos serviços públicos de saúde e em todos os níveis de complexidade da assistência; descentralização, inclusive das esferas federal e estadual aos municípios, bem como a regionalização e hierarquização de cada rede assistencial.

5.2.4 A articulação do SUS e os sistemas de atendimento particular e/ou conveniado

Os princípios do sistema público de saúde e a destinação do seu atendimento à comunidade usuária sofreu transformações ao longo do tempo.

O SUS é bom e não é. Pra quem tem plano de saúde, não é vantagem pelos planos de saúde. O SUS tu não paga nada. E os planos de saúde tu paga, vem em folha, ganha menos. (Profissional de saúde 1)

Porque antigamente era assim, o SUS é pros pobres e hoje não, hoje é uma igualdade pra todo mundo. Todo mundo tem os seus direitos iguais. Eu que tenho um pouquinho mais, ou tu que tem um pouco menos vai lá e vai ser atendido igual pelo SUS, pelo menos é pra ser assim; eu pelo menos entendo que é assim. Só que as vezes, muitas vezes não acontece ainda.; [. . .] os médicos ainda não têm aquela cabeça de que eu vou lá atender só pela UNIMED, que eu vou lá atender só particular, - ah, eu faço pré-natal pelo SUS lá no posto pra paciente, mas pra ganhar ela vai ganhar particular porque eu não vou atender pelo SUS, o SUS demora muito pra me pagar (Usuária 6).

O funcionamento do SUS contemporâneo tornou evidente aspectos como a integralidade da assistência, a universalidade, a igualdade e principalmente a gratuidade, fator ressaltado em 4 falas dos entrevistados, dos quais três usuários e um profissional da saúde.

[...] tu diz assim no atendimento do SUS, ter diferença quem é atendido pelo SUS de quem tem convênio de saúde, no caso isso? Eu, pra mim, é como eu te disse, eu sempre fui bem atendida, mas não tudo o que eu acho que teria que ser na saúde. Eu não acho que é tudo maravilhosamente, que não falta nada. Tem muita coisa que poderia. (Usuária 3).

[...] primeiro lugar atendimento pelo SUS, particular pelo menos ninguém quer aqui no posto, se é pra pagar não, - mas o SUS não dá? (Usuária 5).

Notadamente, o caráter do atendimento profissional ser através do SUS não produz comportamento diferenciado a quem participa da assistência cumprindo a determinação legal a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988) mencionando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, de acesso universal e igualitário.

A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, [s.d.]a), salientando a universalidade de acesso dos usuários em todos os níveis de assistência, sem preconceitos nem privilégios.

A Lei Orgânica Municipal de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 1993) veda qualquer espécie de cobrança pela assistência ao munícipe e o plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) prevê atenção integral à população.

5.3 A participação da comunidade “vitorianense”

A participação da comunidade como fator conceitual e a sua inserção (ou não) na prática da prestação de serviços de saúde no município de Vitória das Missões gerou respostas do total de doze dos entrevistados, conforme exposto nas temáticas do quadro abaixo:

TEMA	FREQÜÊNCIA
A participação da comunidade	11
Grupos, palestras e reuniões sobre saúde	7
O conselho municipal de saúde	6
O plano municipal de saúde e o plano diretor	5
A participação popular consultiva	3

Quadro 3 – Temas freqüentes quanto à participação da comunidade

5.3.1 A participação da comunidade

A participação da comunidade no serviço de saúde de Vitória das Missões foi reconhecida por onze dos doze entrevistados, dos quais sete acreditam que ela realmente acontece especialmente sob a forma opinativa.

Eu acho que há participação, [...] (Usuária 1).

A comunidade até tá colaborando, [...] (Usuário 2).

Participação da comunidade é onde a comunidade pode dar sua opinião. E eu acho que tá tendo, [...] (Usuária 6).

Eu acho que se dá, [...] (Profissional de saúde 2).

Em realidade a participação da comunidade tem, [...] (Profissional de saúde 4).

[...] a gente discute num rodeio de reunião com a participação de todos o cidadão do município, [...] (Gestor 1).

[. . .] a participação da comunidade tem sido muito efetiva [...] (Gestor 2).

Dos entrevistados, quatro acham que a participação da população é pouca e poderia ser maior ainda.

A participação da comunidade, eu acho que é muito pouca (Usuária 3).

Eu acho que participam muito pouco (Usuária 5).

[...] é pouca participação. O pessoal, olha, eles vem quando eles sabem que vão receber alguma coisa em troca.; O pessoal não é participativo (Profissional de saúde 1).

Ah, devia participar mais (Profissional de saúde 3).

No Plano Municipal de Saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) consta como meta de controle social a aproximação da população para fiscalizar a aplicação de recursos; a sua qualificação através de capacitação dos conselheiros municipais de saúde e de sua participação em atividades estaduais e regionais. A participação também se dá com a realização de um trabalho com a comunidade sobre

seus chás caseiros e uma troca de ervas e experiências entre as pessoas do município e; se dá também, nos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. Vê-se que há um descompasso entre o pensamento estabelecido no Plano Municipal de Saúde com a real compreensão das pessoas entrevistadas.

5.3.2 Grupos, palestras e reuniões sobre saúde

Como exemplo da forma de participação popular foram citadas em sete entrevistas a realização de grupos, palestras e reuniões com o tema saúde.

Sim, nesses grupos, nessas coisas quando convidam e coisa pra gente ir. (Usuária 4)..

[...] eu já tive em palestras, ai se tivesse mais gente uma palestra tão boa da saúde. (Usuária 5).

[...] eu acho muito importante essas reuniões que se fazem, nas comunidades, da saúde, [...] (Usuária 6).

[...] os grupo de hipertenso, esses também não são muito de participar, porque tem uma chuvinha, porque tem um frio, um calor demais, não querem vim e outros muitos porque trabalham (Profissional de saúde 1).

Mas eu acho que a comunidade aqui ela participa bem, inclusive nas reuniões de hipertensos, diabéticos e outros programas novos que estão vindo do Estado (Profissional de saúde 2).

[...] essas reuniões de saúde, a comunidade, cada comunidade participa bastante, os grupos exatamente, quando a gente faz reunião de grupos, a participação é quase que massiva, tem épocas que as vezes tem uma certa dificuldade devido a maioria ter atividade rural, mas na medida do possível a participação se tem bastante (Profissional de saúde 4).

[...] nós procuramos integrar tudo e principalmente essas entidades que são os grupos de terceira idade, os clube de mães que também tem um trabalho muito importante, muitas ações da saúde são trabalhadas juntamente com esses grupos; [...] (Gestor 2).

As ações educativas que possam interferir no processo saúde/doença, de conformidade com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), devem caracterizar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, em especial, do

PSF. Estabelece o plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) que sejam realizados grupos nas comunidades semanalmente, onde participam médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e o ACS da localidade da área.

Para exemplificar o costume dos usuários e profissionais com esses encontros, no ano de 2005 foram realizadas reuniões com hipertensos; 83 diabéticos foram acompanhados através de reuniões semanais e também são realizados grupos de gestantes nas comunidades e na zona urbana.

Existe ainda a proposta de se organizar mutirões que irão aos colégios realizar palestras e medicar contra a pediculose.

O demonstrativo de produção ambulatorial em 2005, conforme o SIAB, mostra que houve 45 atividades educativas.

O plano municipal de saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) determina atividades educativas sobre diversos assuntos, como: higiene e profilaxia; hipertensão, diabete e neoplasia; prevenção de acidentes e doenças do trabalho; alimentação nutritiva; assuntos ligados à adolescência; planejamento familiar; terceira idade; malefícios do cigarro e saúde bucal.

5.3.3 O Conselho Municipal de Saúde

A forma mais efetiva e regulamentada da participação da comunidade é através do Conselho Municipal de Saúde que apareceu em seis falas, sendo que em três delas há referência de que as pessoas participam via Conselho Municipal de Saúde; uma fala diz que não há participação e as outras duas apenas citam a existência do Conselho Municipal de Saúde.

[...] participa das reuniões quando é marcada, [...]; Mensalmente, toda a primeira semana do mês (Usuário 2).

[...] o Conselho Municipal de Saúde é atuante, exigente, até podíamos dizer porque foi bem informado e é atuante, não é aqueles conselhos só pra assinar papel, na realidade o Conselho Municipal de Saúde aqui funciona muito bem e isso ajuda porque tem um representante de cada comunidade no conselho e tem daqui da sede também e depois tem o,

como é dividido em dois grupos, tem os usuários e dos prestadores e no caso também tem prestadores no conselho e isso ajuda que tenha participação completa, [...] (Profissional de saúde 4).

[...] nós temos conselho, os conselhos de saúde que trabalham e dão respaldo pra nossas ações, e são pessoas que se doam e participam espontaneamente do conselho, isso falando só em saúde, porque os outros setores também acontecem isso. (Gestor 2).

Nas reuniões o pessoal não participa, [...]; Se eles sabem que é uma reunião pro município, é dificilmente eles vêm. (Profissional de saúde 1).

Então, uma forma dela participar é o conselho Municipal de Saúde, [...] (Profissional de saúde 3).

A comunidade tem diversas formas de participar; nós abrimos espaço no município através do Conselho Municipal de Saúde, [...] (Gestor 1).

O Conselho Municipal de Saúde como uma das instâncias colegiadas do SUS (BRASIL, [s.d.]b), é citado no plano municipal de saúde de Vitória das Missões, criado pela Lei nº 145 de 12 de abril de 1994, sendo órgão colegiado, permanente e deliberativo do SUS, assessorando a administração municipal e com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, contando para isso com quatorze membros titulares e igual número de suplentes. Conforme sua decisão, uma das metas principais é a reorientação do modelo assistencial e a descentralização, propondo, para isso, como ação, a aplicação de recursos, recebidos dos órgãos federal, estadual e municipal.

5.3.4 O Plano Municipal de Saúde e o Plano Diretor do Município

A participação da comunidade também é verificada desde a confecção do Plano Municipal de Saúde e consta igualmente no Plano Diretor do Município ainda em fase de elaboração quando da coleta das informações dessa pesquisa.

[...] inclusive quando foi feito nosso plano, o plano plurianual da saúde, foi feito juntamente com todas comunidades; [...] (Usuária 1).

[...] eu sinto assim que hoje as pessoas são mais ouvidas, a gente tá fazendo o plano diretor participativo do município, que é, que vai virar lei a partir de 10 de outubro e que a gente tá ouvindo as comunidades, [...] (Usuária 6).

Essas reuniões é tipo aquela do plano diretor, ali pro pessoal vim não é fácil, tu fala dez, vinte vezes e ainda assim: - ah, eu não sabia, esqueci, não deu pra vim, tava ruim (Profissional de saúde 1).

Assim, quando a gente faz reunião nas comunidades, como a gente fez ano passado participou em todas comunidades pra fazer o Plano Municipal de Saúde, a gente fez reuniões em todas as comunidades, teve participação, [...] (Profissional de saúde 3).

[...] inclusive, se tu olhar o plano municipal de saúde feito no nosso município e já distribuído pra todos municípios da região missioneira, o modelo do plano do nosso município dá pra ver que a comunidade teve uma participação importante (Gestor 1).

O plano municipal de saúde de Vitória das Missões foi aprovado pelo CMS e apresentado às comunidades que compõem o município, contando com a presença de mais de quatrocentas pessoas. Foram acolhidas sugestões dos cidadãos que participaram das reuniões. Houve a realização da 2ª Conferência Municipal de Saúde em 17 de novembro de 2005 e a próxima está marcada para o ano de 2008. Esse plano municipal preza como objetivos o bem-estar coletivo e a convivência qualificada através da universalidade da cidadania.

5.3.5 A participação consultiva

A participação da comunidade também é vista, minoritariamente, em três entrevistas e somente nos casos em que a população é consultada sobre o levantamento de suas prioridades e necessidades verbalizadas.

Eu acho que um bom trabalho foi feito, participativo, através da comunidade; qual é os problemas, o que eles querem (Usuária 1).

[...] a gente tá ouvindo as comunidades, tá indo fazer um trabalho, vendo o que é que eles querem de prioridade pra elas (Usuária 6).

[...] a comunidade tem voz e vez pra falar, ela é que sabe conhecer melhor a sua realidade, necessidades (Profissional de saúde 3).

Vê-se que, embora todo o esforço na determinação legal para que a comunidade tenha participação efetiva nas decisões relacionadas à sua saúde, há uma compreensão dos usuários aos gestores do caráter opinativo e consultivo, pouco se vendo na definição de que o aspecto decisório pleno deve direcionar as ações de saúde pública e comunitária. Cabe à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), programar as ações de atenção básica a partir de sua base territorial; tendo, a equipe de atenção básica, como característica do seu processo de trabalho a definição do território da UBS; a prioridade para a solução dos problemas de saúde mais frequentes, levando em conta a assistência resolutiva à demanda espontânea e as ações focalizadas sobre grupos de risco com a finalidade de prevenir doenças e danos evitáveis.

No Plano Municipal de Saúde de Vitória das Missões (VITÓRIA DAS MISSÕES, 2005) são eixos de atuação o controle de doenças e agravos prioritários e a utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocação de recursos e orientação programática, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, [s.d.]a).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vitória das Missões, na microrregião noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, caracteriza-se por um município de pequeno porte, com pouco mais de 3.000 habitantes e que, por isso mesmo, tem apenas uma equipe do programa de saúde da família, o PSF. Este é o único recurso de saúde disponível à comunidade, embora sejam parâmetros populacionais preconizados pelos organismos de saúde pública e comunitária.

A existência de uma Secretaria Municipal da Saúde fez com que essa equipe fosse reforçada pela presença de um dentista e uma psicóloga. Portanto, a rede básica de saúde resume-se à unidade do PSF.

Se o tema tornou-se atrativo por essa característica desafiadora, da mesma maneira, chama a atenção pela realidade de muitos locais brasileiros que convivem com idêntica situação e contexto.

Entrevistadas doze pessoas entre os dois principais gestores, o Prefeito e o Secretário de Saúde (ocupacional de outra área), um representante de cada área profissional e seis usuários dentre os freqüentadores da unidade, inclusive um deles sendo a Presidenta do Conselho Municipal de Saúde, pode-se identificar características bem peculiares à localidade como estarão descritas a seguir.

Este PSF, como equipe de trabalho em área circunscrita não é domínio do conhecimento das pessoas entrevistadas. A população não sabe que a equipe atende uma microárea específica e confunde com a imagem da unidade sanitária tradicional, do Estado, existente antes da emancipação. Uma boa maioria dos entrevistados (oito) acha que caberia mais uma equipe de PSF, embora o número de 3859 moradores esteja dentro dos parâmetros preconizados.

A caracterização da demanda é espontânea e suprida de forma inadequada e insuficiente no entender de boa parte (sete) dos participantes. Isso comprova que *o pessoal tem [. . .] acesso a todos os serviços que nós dispomos na nossa rede básica (Profissional da saúde 3)*, ou seja, só ao que lhes é oferecido, mas essa “oferta” está

disponível a todas as pessoas, que, em grande maioria (nove), estão satisfeitas com o atendimento recebido.

Os aspectos relacionados ao curativismo são os pontos que aparecem com maior relevância tanto pelos entrevistados gestores e profissionais quanto pelos usuários. *Tem remédios disponíveis sempre [...]* (Usuária 1), *[...] porque aqui o pessoal tem bastante acesso [...] à medicação [...]* (Profissional de saúde 3), *falta uma estrutura melhor, um mini-hospital, [...]* (Usuário 2) e *[...] tem remédio [...]* (Usuária 6). Essas observações denotam uma inversão entre o que preconiza a Constituição Federal no capítulo direcionado à saúde e o contexto vivido pelos munícipes de Vitória das Missões. Se pelo documento legal há prioridade para as ações preventivas sem prejuízo das ações assistenciais, pelas solicitações da comunidade e visão dos gestores e profissionais pratica-se o assistencialismo com curativismo. Certamente, um enorme campo para a educação popular em saúde.

O trabalho preventivo somente foi mencionado na fala de um usuário e pelos gestores. Estranhamente não constou na pauta dos profissionais de saúde. Profissionais de “Saúde”?

Aos agentes comunitários, porém, é reconhecida uma incumbência a mais: a de levar informações preventivas às pessoas. Embora seja um profissional importante no contexto do sistema atual de saúde, é visto pela população como um trabalho auxiliar e de menor relevância.

A integralidade da assistência é mencionada pela totalidade dos entrevistados como existente, contudo é ela apenas parcial, porque os pacientes são encaminhados quase no modelo da “ambulacioterapia” (ou seja, são conhecidos os transportados) e não há funcionamento das condições de contra-referência dos outros municípios. Esse desconhecimento evidencia outra lacuna necessária para a informação de todos.

Como integração das diversas áreas da saúde e com outros fora desse campo, a integralidade existe, respeitando a individualidade, a assistência ao longo do ciclo vital, o vínculo afetivo e o ser humano inserido em seu meio social. O acesso das pessoas é universal, gratuito e igualitário.

A participação da comunidade resume-se mais aos aspectos responsivos e opinativos, talvez com o desconhecimento do poder decisório da sua organização no

conselho e na conferência de saúde. Quando chamados, participam. É o caso de grupos, palestras, reuniões sobre saúde e na elaboração de propostas e prioridades como o plano municipal de saúde e o plano diretor do município.

A pesquisa foi uma oportunidade especial de ouvir tanto pessoas que administram e que prestam o serviço de saúde, como as que dele usufruem; de entender o porquê de algumas falas se convergirem em determinados pontos e de em outros se contraporem, tudo isso, diante da lei. Contudo, restou a certeza de que o trabalho da única equipe de PSF encaminha-se para uma prática direcionada à efetivação da integralidade da assistência e de maior compartilhar das decisões com a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, c2005. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196de96.doc>>. Acesso em: 21 jun. 2006.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, DF: [s.d.]a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, [s.d.]b. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> >. Acesso em 17 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Caderno de informações de saúde: informações gerais: município Vitória das Missões – RS**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/RS/RS_Vitoria_das_Missoes_Geral.xls> . Acesso em: 10 abr. 2006.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2006.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, M. C. e S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 51-66.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. *In*: MINAYO, M. C. e S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 31–50.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.

Portal municipal: dados gerais: Vitória das Missões – RS. Porto Alegre: FAMURS, c2005a. Disponível em:

<http://www.portalmunicipal.org.br/entidades/famurs/dado_geral/mumain.asp?ildEnt=5523&ildMun=100143466>. Acesso em: 29 abr. 2006.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.

Portal municipal: história do município: Vitória das Missões – RS. Porto Alegre: FAMURS, c2005b. Disponível em: <

<http://www.portalmunicipal.org.br/entidades/famurs/municipio/historia.asp?ildEnt=5523&ildMun=100143466>>. Acesso em: 29 abr. 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

VITÓRIA DAS MISSÕES. **Lei orgânica do município de Vitória das Missões**. Vitória das Missões: Câmara Municipal de Vereadores, 1993.

VITÓRIA DAS MISSÕES. **Plano municipal de saúde 2005/2008**. Vitória das Missões: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

ANEXO A – Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética



pro~~x~~pesq

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO AD REFERENDUM

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006597


Título : Quando a Rede Básica de Saúde resume-se à Unidade do Programa de Saúde da Família: o caso de Vitória das Missões-RS

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
DILMAR XAVIER DA PAIXAO	PESQ RESPONSÁVEL	dilmarxp@ufrgs.br	33165421
LETÍCIA POSSEBON MÜLLER	PESQUISADOR	leticia possebon@yahoo.com.br	

O mesmo foi aprovado *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, terça-feira, 3 de outubro de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
 Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

19

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Através deste, estou lhe convidando para participar do estudo intitulado "Quando a Rede Básica de Saúde resume-se à Unidade do Programa de Saúde de Família – o caso de Vitória das Missões-RS" através de uma entrevista. Este trabalho é de autoria da aluna Letícia Possebon Müller sob orientação do professor Dilmar Xavier da Paixão, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo caracterizar o Programa de Saúde da Família, no município de Vitória das Missões – Rio Grande do Sul, confrontando dois princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (integralidade e participação da comunidade) com a percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários, quando este (PSF) é a rede básica de saúde em sua totalidade.

Para a realização desta pesquisa, serão realizadas entrevistas com a equipe mínima de Programa da Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde); o Prefeito; o Secretário Municipal de Saúde (na condição de gestores); a Presidenta do Conselho Municipal de Saúde e; um representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, escolhido aleatoriamente.

Fica através deste termo esclarecido que:

- a) Será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa e os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.
- b) A participação na pesquisa não implicará em avaliação do desempenho do funcionário e não colocará em risco sua permanência na sua instituição de trabalho.
- c) O entrevistado pode retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa.
- d) Será garantido aos participantes o acesso ao esclarecimento de quaisquer dúvidas, bem como a obtenção dos resultados da pesquisa a qualquer momento. Podendo os sujeitos entrarem em contato com a pesquisadora Letícia Possebon Müller através do telefone (51) 92865219 ou do *e-mail* lepomu@bol.com.br ou com o pesquisador responsável Dilmar Xavier da Paixão através do telefone (51) 92265258 ou do *e-mail* dilmarxpaixao@yahoo.com.br.

Eu, _____

após ter sido esclarecido (a) sobre o presente trabalho, e estando ciente que minha participação será de extrema importância para o desenvolvimento desta pesquisa, que auxiliará na promoção da qualidade de vida; concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora
Leticia Possebon Müller

Data ___/___/___.