



SANDRA SATIKO KUWADA

### **O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Estudo da utilização dos elementos de Liderança Transformacional na atuação das Equipes  
em famílias portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melito  
assistidas pelas Unidades de Saúde da Família da Coordenação Norte do Projeto Qualidade  
Integral a Saúde II – Fundação Zerbini e seus resultados no cotidiano destas famílias

22 - A

## **O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Estudo da utilização dos elementos de Liderança Transformacional na atuação das Equipes  
em famílias portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melito  
assistidas pelas Unidades de Saúde da Família da Coordenação Norte do Projeto Qualidade  
Integral a Saúde II – Fundação Zerbini e seus resultados no cotidiano destas famílias

### **Banca examinadora**

Prof<sup>ª</sup>. Orientadora Dr<sup>ª</sup>. Cecília Whitaker Bergamini  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Malik  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Maria Giffoni Marsiglia

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SANDRA SATIKO KUWADA

**O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Estudo da utilização dos elementos de Liderança Transformacional na atuação das Equipes  
em famílias portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melito  
assistidas pelas Unidades de Saúde da Família da Coordenação Norte do Projeto Qualidade  
Integral a Saúde II – Fundação Zerbini e seus resultados no cotidiano destas famílias



Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da FGV/EAESP  
Área de Concentração: Hospitalar e de Sistemas de Saúde como requisito para obtenção do título de mestre em Administração.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Whitaker Bergamini

SÃO PAULO

2002

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data	04.06 (816-11)
Tombo	1023/2002

KUWADA, Sandra Satiko. O Programa de Saúde da Família: Estudo da utilização dos elementos de Liderança Transformacional na atuação das Equipes em famílias portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melito assistidas pelas Unidades de Saúde da Família da Coordenação Norte do Projeto Qualidade Integral a Saúde II – Fundação Zerbini e seus resultados no cotidiano destas famílias. São Paulo: EAESP/FGV, 2002, 180 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Hospitalar e Sistemas de Saúde).

Resumo: Trata dos resultados obtidos pela Coordenação Norte do Projeto QUALIS II – Fundação Zerbini, mediante ações de saúde implementadas junto às famílias portadoras de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes melito. Aborda o comportamento das equipes de saúde da família com base na Teoria de Liderança Transformacional e aponta possível relação entre este e as mudanças obtidas no cotidiano das famílias estudadas.

Palavras-Chaves: Programa de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Liderança Transformacional; Motivação.



Dedico este trabalho a meus pais,  
que me ensinaram a ter coragem para  
superar cada etapa de minha vida. E que  
mesmo sem entender o sentido que eu dava  
para as coisas, sempre respeitaram a  
diferença.

## *Agradecimentos*

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília W. Bergamini, pela paciência e oportunidade de aprendizado;

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik e Profa. Dr<sup>a</sup>. Regina M. Giffoni Marsiglia, inspiradoras do meu crescimento;

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edith Seligmann Silva, orientadora acadêmica;

À todos os meus colegas, de tantos lugares onde passei, que me ajudaram neste caminhar;

Aos meus grandes amigos pelo incentivo incondicional, em especial a:

Toninho, Teté, Flávia, Didier e Mikio

Alex, Ângela, Didi e Celso

Lygia, Glacilda e Rozinha

Maria Ercília e Edward

Aos amigos que fiz durante esta construção:

Dr. Manoel, Clara, Neto, Eliana, Débora, Regina, Valéria e Milene

Dr<sup>a</sup>. Jurema Westin Carvalho

Dr<sup>a</sup>. Luzia de Cicco

Dr<sup>a</sup>. Luzia, Dr. Márcio, Dr<sup>a</sup>. Neuza, Dr<sup>a</sup>. Valéria e Dr<sup>a</sup>. Yoshimi

CS II Butantã

Unidades de Saúde da Coordenação Norte do Projeto QUALIS II

Coordenação QUALIS II – Fundação Zerbini

Com um carinho especial às equipes de saúde e os agentes comunitários, cuja ajuda foi essencial para a concretização deste trabalho.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

À minha família pelo apoio.

Ao Ricardo, grande companheiro, que mesmo sem formação técnica na área, empenhou-se como pode em me ajudar a realizar este sonho...

“Aqueles que não amam a  
mudança não são, verdadeiramente,  
visitantes da Terra”

Richard Bach ;

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	p. 06
2	ABRANGÊNCIA DO TEMA	p. 13
3	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELITO	p. 15
4	OBJETIVOS	p. 19
5	SAÚDE: DOS PRIMÓRDIOS AOS DIAS ATUAIS	p. 21
6	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	p. 31
7	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ELEMENTOS DA DIFERENÇA	p. 36
8	LIDERANÇA	p. 47
9	MOTIVAÇÃO	p. 60
10	LIDERANÇA TRANSACIONAL	p. 63
11	LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL	p. 67
12	LIDERANÇA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	p. 73
13	DESCRIÇÃO GERAL DOS TRABALHOS	p. 77
14	MATERIAIS E MÉTODOS	p. 78
15	IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROJETO QUALIS II – FUNDAÇÃO ZERBINI	p. 86
16	RESULTADOS	p. 89
	16.1 Perfil Sócio-Econômico dos Informantes	p. 91
	16.2 Caracterização da Relação entre os Informantes e a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou o Diabetes Melito	p. 96
	16.3 Relação entre os Doentes e os Convênios Médicos	p. 98
	16.4 Modificações no Cotidiano	p. 100
	16.5 Comportamento das Equipes de Saúde da Família	p. 110
17	DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	p. 120
18	CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 173
19	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 176
	ANEXOS	

## 1. INTRODUÇÃO

“Percebemos que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Um dos grandes desafios é a busca de outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais, do sistema de atenção à saúde” (CECÍLIO, in MENDES, 1998, p. 171).

O chamado Programa de Saúde da Família (PSF), amplamente estimulado pelo Ministério da Saúde, representa, antes de mais nada, uma forma de concretizar todos estes anseios, uma nova estratégia para garantir a chamada atenção à saúde da população.

Erroneamente denominado programa, trata-se não apenas do trabalho em uma área específica, mas resulta do amadurecimento do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este não se iniciou com promulgação da Constituição Federal de 1988 e não termina com as equipes de saúde da família nos municípios brasileiros. Neste sentido, o chamado movimento sanitário teve sua grande importância para a confluência das condições necessárias para a instituição do SUS em determinado tempo, espaço e local da história brasileira. Importante processo de reflexão, articulação e integração de forças e pessoas, este movimento ganhou força principalmente a partir das décadas de 1970 e 1980, e defendia a transformação do modelo hegemônico presente no período, caracterizado por ações assistencialistas oferecidas a pequenos segmentos da população - as classes trabalhadoras - e campanhas sanitárias promovidas pelo Ministério da Saúde, em um modelo calcado na universalidade<sup>1</sup> das ações e numa visão ampliada da saúde, ressaltando a necessidade do envolvimento de outros setores da sociedade para equacionar os problemas específicos apresentados pelo paciente coletivo, de forma consonante com as diretrizes colocadas pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata, 1978).

---

<sup>1</sup> O Sistema Único de Saúde é fundamentado na máxima da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, ampliando o atendimento médico oferecido pelo governo aos segurados a todo o universo da população.

Desde a promulgação do SUS, várias Normas Operacionais de Saúde foram publicadas para conduzir o processo de transição entre o modelo hegemônico em 1988 e aquele preconizado pelo atual sistema. Enquanto as Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96 trazem claramente o objetivo de promover a municipalização<sup>2</sup> e a participação social nas decisões que envolvem a saúde da comunidade, a NOAS-SUS 01/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS) tem como diferencial a implementação do sistema de saúde único, evidenciando os fluxos intra e inter-municipais naturais de deslocamento da população para o acesso aos procedimentos em saúde. Isto permite estabelecer oficialmente as câmaras de compensação regionais<sup>3</sup>, dentro da lógica da equanimidade do atendimento.

Coerente com as tendências internacionais para a saúde, que apontam grande esforço para a educação em saúde e os cuidados domiciliares (TAYLOR e TAYLOR, 1994, p. 8-11), o Programa de Saúde da Família exige, antes de mais nada, a adoção de uma nova filosofia de trabalho. É neste sentido que o PSF tem se consolidado em todo o país como uma estratégia para a implantação desse novo modelo de atenção – o SUS, principalmente a partir de 1994. A NOB 01/96 afirma que o modelo de atenção deve concentrar “sua preocupação na qualidade de vida<sup>4</sup> das pessoas e do seu meio ambiente; na relação equipe de saúde - comunidade, com os seus núcleos sociais primários – as famílias; bem como participe das mudanças globais intersetoriais”. A adoção destes preceitos deve induzir a uma “modificação na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde das populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades” (BRASIL, 1999, p. 11), contribuindo para a transformação da relação usuário / agentes do sistema de saúde.

A idéia que levou a esta pesquisa foi a de que a relação entre pacientes e profissionais de saúde deve ser envolvida por uma tônica de liderança por parte do segundo, para que se torne possível a adoção, pelo paciente, de práticas consideradas

<sup>2</sup> O processo de municipalização consiste na responsabilização dos municípios sobre os níveis de atenção à saúde de sua população de acordo com possibilidades crescentes.

<sup>3</sup> As Câmaras de compensação regionais são figuras de pactuação entre os municípios da região e destes com o Estado, que tem por objetivo organizar o acesso da população aos serviços de saúde, nos diversos níveis de complexidade do sistema, através de repasse financeiro compatível com as responsabilidades assumidas por cada uma dessas figuras – municípios e estados.

<sup>4</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996, p. 385), a qualidade de vida é estudada em função da maneira como o indivíduo percebe o lugar que ocupa na estrutura social e no sistema de valores em que vive, assim como em relação aos seus objetivos, expectativas, critérios e preocupações.

saudáveis e que não são comuns em seu cotidiano. Cabe aos membros das equipes de saúde da família, enquanto agentes socializadores, incentivar o auto-cuidado nas pessoas e famílias a quem assistem, fazendo com que esta mudança de comportamento signifique a realização das “suas vontades por vontade e iniciativas próprias, a fim de que eles continuem fazendo livremente no futuro [quando os primeiros não estiverem] mais lá para impulsioná-los” (DECI, 1998, p. 94).

Na abordagem a portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melito, assumir um novo modo de vida que, do ponto de vista científico, seja mais saudável e coerente com a sua condição física, pode significar até a desmedicalização do paciente. Porém, seja a alteração da dieta alimentar, a modificação de seu ritmo de vida-ou a adoção de atividade física regular, as mudanças não se fazem de forma simples e as equipes de saúde muito frequentemente passam a utilizar-se de mecanismos de controle, punições e recompensas para atingir tal objetivo. A repreensão do médico quando suas orientações não são seguidas à risca no período entre consultas é um dos mecanismos mais utilizados. E, não raro, ouve-se exclamações do tipo: “Mas o senhor, hein? Não está fazendo nada daquilo que combinamos!”. Nesta ocasião a sociedade dá razão ao profissional de saúde e condena o paciente, que se torna o réu indefensável. Frente a esta situação o paciente pode apresentar vários tipos de reações como a submissão e a revolta. Outras vezes, o paciente apresenta os novos hábitos apenas por algum tempo, normalmente após crises ou após um resultado de exame onde seus indicadores encontram-se insatisfatórios. Afinal, as pessoas motivam-se somente através de suas necessidades mais imediatas percebidas naquele momento. À medida que outras necessidades, expectativas ou desejos são sentidos como prioritários, o foco de atenção muda de um para outro item, e sua motivação em saciar suas necessidades também migra para este novo objeto. Em última análise, os fatores que satisfazem suas necessidades, os chamados fatores de satisfação, se tornam a antítese dos motivadores uma vez que contribuem para a cessação das necessidades sentidas (ARCHER, in BERGAMINI e CODA, 1997, p. 23-46).

O fato de que o novo comportamento pode ser adotado de diferentes formas cria a necessidade de estudarmos os mecanismos de incorporação desses hábitos para que possamos analisar com profundidade a questão. Para o paciente, isso pode significar, por exemplo, uma forma de ser aceito pela sociedade ou pelas pessoas que o cercam, de não se sentir culpado ou ser julgado como tal por não ter seguido as

recomendações médicas. Segundo FREUD (1997, p. 23), as pessoas querem apenas ser felizes e isso se torna complicado à medida que os padrões determinados pela sociedade nem sempre coincidem com os interesses particulares do indivíduo para atingir a felicidade ou diminuir os fatores que causam a infelicidade. Desta forma, o indivíduo se submete à regra, independentemente do quanto isso custe aos seus desejos e à sua autonomia. O paciente se auto-agride para que outras pessoas que o cercam não o façam.

A fixação dos hábitos no cotidiano não ocorre aleatoriamente. O processo de formação dessas atividades implica basicamente em uma forma de simplificação da vida, com o qual as pessoas se despem da necessidade de tomar decisões em tempo integral. Mas isso não ocorre aleatoriamente. Na realidade, esses hábitos representam uma exteriorização de tudo aquilo que as pessoas apresentam em seu interior, embora este interior tenha sido construído a partir de duas matrizes, uma individual e outra social, onde o determinante social é trabalhado inicialmente pelos pais, na infância, e posteriormente por outros grupos onde o indivíduo passa a se inserir. Segundo Berger e Luckman,

“toda atividade humana está sujeita ao hábito. Qualquer ação freqüente repetida torna-se moldada em um padrão, que pode em seguida ser reproduzido com economia de esforço e que, *ipso facto*, é apreendido pelo executante como tal padrão. O hábito implica além disso que a ação em questão pode ser novamente executada no futuro da mesma maneira e com o mesmo esforço econômico. Isto é verdade na atividade não social assim como na atividade social. [...] As ações tornadas habituais [...] conservam seu caráter plenamente significativo para o indivíduo, embora o significado em questão se torne incluído como rotina em seu acervo geral de conhecimentos, admitidos como certos por ele e sempre à mão para os projetos futuros. [...] O hábito fornece a direção e a especialização da atividade que faltam no equipamento biológico do homem, aliviando assim o acúmulo de tensões resultantes dos impulsos não dirigidos. E oferecendo um fundamento estável no qual a atividade humana pode prosseguir com o mínimo de tomada de decisões durante a maior parte do tempo, liberta energia para decisões que podem ser necessárias em certas ocasiões. Em outras palavras, o fundamento da atividade tornada habitual abre o primeiro plano para a deliberação e a inovação. [...] O hábito torna desnecessário que cada situação seja definida de novo, etapa por etapa.” (BERGER e LUCKMAN, 2000, p.77 - 78).



Na prática, isto significa que os hábitos são executados cotidianamente sem que, para isso, sejam repensados e reavaliados. Porém, alguns acontecimentos podem fazer com que esse processo possa ser refeito. A introjeção de novos símbolos, valores ou crenças pode vir a desencadear um processo de reavaliação e redefinição de hábitos (DECI, 1998, p.94-96). Esse mecanismo pode e deve ser explorado pelos integrantes das equipes de saúde uma vez que representam, na prática, uma modificação profunda no cotidiano das famílias portadoras<sup>5</sup> de doenças crônicas.

Quando o novo comportamento ocorre exclusivamente mediante trocas com os profissionais da equipe de saúde que acompanham o caso, seja prêmios ou punições, podemos identificar um exemplo de liderança transacional<sup>6</sup>. Neste caso, o paciente passa a adotar o comportamento por elementos de motivação extrínseca, sem que necessariamente introjete a importância na mudança de comportamento em si.

A administração tem se dedicado tradicionalmente ao estudo das exterioridades, como as mudanças de comportamento. Mas “é na interioridade que se encontra não somente a fonte de sua autenticidade, mas também de sua verdadeira força” (LAPIERRE, in CHANLAT, 1994, p. 267). Não estamos, com isto, desmerecendo as exterioridades tão profundamente estudadas, mas acentuando a necessidade de que esta seja associada a questões de ordem interior. Segundo LAPIERRE (in CHANLAT, 1994, p. 260-266), a interioridade foi esquecida pela dificuldade e medo de trabalhar o desconhecido, o subjetivo, o que simplesmente não pode ser medido. No entanto, o fenômeno da gerência passa por essas duas dimensões, igualmente importantes.

As pessoas têm que perceber a adoção dos hábitos considerados saudáveis como uma melhora de sua qualidade de vida, e não como uma depreciação desta. Se partirmos do pressuposto que as pessoas querem somente ser felizes, então devemos nos empenhar em promover a autonomia das pessoas que estão sob os cuidados das instituições de saúde de forma que dentro desse comportamento autônomo e autêntico estejam contempladas as mudanças necessárias para o seu bem estar físico. Os pacientes portadores de doença crônica e seus familiares têm que se sentir motivados para os novos hábitos de vida por si mesmos. É importante que não se trabalhe através de simples condicionamentos ou manipulações. O que podemos fazer é trabalhar com os

---

<sup>5</sup> Consideramos famílias portadoras aquelas que possuem pelo menos um de seus membros com a doença desenvolvida.

<sup>6</sup> A liderança transacional, assim como a liderança transformacional serão abordadas posteriormente, em capítulos específicos.

fatores de satisfação e contra-satisfação, fazendo-os sentir necessidades presentes e despertando necessidades latentes, para que os pacientes e suas famílias passem a apresentar um comportamento positivo do ponto de vista da promoção de sua saúde. Além disso, as mudanças de hábitos para controle de doenças não devem apresentar caráter volátil, ou seja, devem se perpetuar através dos tempos para que os parâmetros clínicos se mantenham em equilíbrio o melhor possível. Segundo BERGAMINI (1994, p. 97), “conseguir que a motivação não desapareça é fazer com que se continue vendo algum sentido naquilo que se está fazendo. Nesse momento, é necessário pensar de maneira especial na preservação da auto-identidade e conseqüentemente da auto-estima”. Portanto, é de responsabilidade da equipe de saúde que acompanha o caso servir de catalisador para essas mudanças de valores e percepções, de forma a propiciar um ambiente de auto-motivação contínua onde as pessoas passem a adotar o novo comportamento de maneira autêntica e sem perder as suas referências de identidade individual e social.

Segundo Berger e Luckman,

“quanto mais a conduta é institucionalizada tanto mais se torna predizível e controlada. (...) Na maioria das vezes a conduta se processará ‘espontaneamente’ nos canais estabelecidos de modo institucional. Ao nível das significações, quanto mais a conduta é julgada certa e natural, tanto mais se restringirão as possíveis alternativas dos ‘programas’ institucionais, sendo cada vez mais predizível e controlada a conduta.” (BERGER e LUCKMAN, 2000, p. 89).

Por isso o processo de modificação do comportamento através das mudanças de significação só se faz possível através do exercício da chamada liderança transformacional em todos os níveis de implementação do programa, que, neste sentido, se torna essencial.

Segundo BURNS (1978, p. 4), a liderança transformacional consiste em um processo mais complexo e potente do que a liderança transacional, em que o líder, mais do que reconhecer e explorar necessidades e demandas de seus subordinados, faz com que novos fatores de motivação sejam encontrados ou valores aflorem à consciência destes. O líder faz com que os seus subordinados persigam alguns objetivos que representem valores para ambos. Desta forma, seus propósitos se fundem em um só objetivo (BURNS, 1978, p. 19-20). É claro que esse processo exige a administração de

conflitos entre as demandas, necessidades e aspirações de líderes e subordinados. Ainda segundo BURNS (1978, p. 43), “a essência da liderança (...) é o reconhecimento da necessidade real, a descoberta e a exploração das contradições entre valores e entre valores e prática, o redelineamento de valores, a reorganização das instituições quando necessário e a gestão de mudanças”. E, neste sentido, compreender esse processo é de extrema valia para o desenvolvimento do PSF.

## 2. ABRANGÊNCIA DO TEMA

Os líderes sempre existiram na história da humanidade. Muitos autores relacionam, inclusive, que o surgimento da liderança tem relação direta com a sobrevivência das tribos no início da socialização da humanidade. Este fenômeno tende a ser visto relacionado a processos de mudança, a atividades em grupo e a relacionamentos entre pessoas mas sua aplicação é tão abrangente que torna impossível listar onde, quando e como utilizá-lo. Grande parte das pesquisas e literatura desenvolvidas neste tema relacionam-se às questões entre líderes e subordinados dentro de um contexto institucional, político, militar ou de ensino. Na área da saúde, as pesquisas de liderança estão tradicionalmente relacionadas à dinâmica estabelecida entre os membros das equipes de enfermagem.

Nesta pesquisa ensaia-se uma nova utilização dos conceitos de liderança e motivação, que se estabelece na relação entre a equipe de saúde e pacientes assistidos, e não mais na relação intra-equipe ou intra-institucional – o que também consistiria em abordagem interessante em estudos futuros.

Independentemente dos partícipes envolvidos na relação de liderança, ela deve ser considerada sob pelo menos dois aspectos: líderes e subordinados. Não se fala em liderança sem considerar o subordinado, revés importante de uma mesma moeda. Nesta análise, observar seu comportamento mostra-se insuficiente para entender com profundidade o processo de adoção de novos hábitos. A exterioridade consiste apenas na ponta de um *iceberg*. A dimensão das “interioridades”, embora tenha sido menos explorada pelas ciências da administração, torna-se importante como complementação da dimensão das exterioridades nas avaliações utilizadas para programas de saúde. Ao estudar os resultados “programa”, torna-se imprescindível que se conheça também os processos internos que fizeram com que esses subordinados adotassem o novo comportamento, diferenciando atitudes autônomas e autênticas de simples condicionamentos.

DONABEDIAN (1980, p. 79-85) conceitua a qualidade de serviços de saúde com base na avaliação de estrutura, processos e resultados. Covey, por sua vez, ressalta a relação de causalidade existente entre a condução dos processos e os resultados obtidos. “A abordagem da qualidade pelo lado humano harmoniza os sistemas com os processos, desencadeia a criatividade e a energia latente e cria outros

benefícios que se refletem imediatamente nos resultados” COVEY (1994, p. 256). Portanto, não só a mudança de comportamento em si, mas também o processo pelo qual ele ocorre deve ser considerado como objeto de trabalho das equipes de saúde em sua relação com pacientes portadores de doença crônica e suas famílias. Neste estudo trabalhamos um instrumento que visa identificar as mudanças ocorridas no cotidiano das famílias portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes melito assistidas pelo Programa de Saúde da Família da Coordenação Norte do QUALIS II e variáveis que possam estar induzindo aos resultados encontrados, inclusive em relação a atuação dos profissionais das equipes sob o ponto de vista destes “subordinados”.

### 3. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELITO

Do ponto de vista epidemiológico, as doenças crônicas não transmissíveis têm ganhado cada vez mais importância dentre os problemas de saúde nas comunidades, seja pela frequência de aparecimento do evento, seja pelas consequências trazidas por estas patologias, inclusive com prejuízo da qualidade de vida dos portadores.

A hipertensão arterial sistêmica afeta de 11 a 30 % da população adulta (com mais de 20 anos), segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2001). A Sociedade Brasileira de Cardiologia estimava, no ano de 2000, haver cerca de 30 milhões de portadores da patologia no Brasil, considerando o parâmetro recente de hipertensão arterial (140/90 mmHg) (MION JR et al, in KOHLMANN, 2000, p.1). Com estes dados, a doença se torna, dentre os fatores de risco cardiovascular, o mais significativo em número de casos. Em relação ao diabetes, um censo nacional concluído em 1988 indica que “o diabetes atinge cerca de 7,6% da população brasileira, na faixa dos 30 aos 69 anos, atingindo cifras próximas de 20% na população acima de 70 anos”, o que, em outras palavras, refere uma população de cerca de 5 milhões de pessoas no país (PIMAZONI NETTO et al, 1999, p. 7). Se acompanharmos os dados de incidência destas duas patologias, podemos perceber uma tendência de crescimento. Um dos principais fatores apontados como causa desse aumento de frequência é o aumento da expectativa de vida no país e no mundo, causado pela grande velocidade dos avanços tecnológicos na medicina. Outros fatores determinantes e interrelacionados são a urbanização, o sedentarismo, a mecanização e os hábitos alimentares associados à industrialização (GUIMARÃES et al, in KOHLMANN, 2000, p. 33-35).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 11):

- 65% dos óbitos na faixa etária entre 30 e 69 anos foram causadas por doenças cardiovasculares;
- “40% das aposentadorias precoces decorrem das mesmas”;
- 14% das internações de pessoas entre 30 e 60 anos tiveram as doenças cardiovasculares como causa e gastaram cerca de 25,7% do total de recursos. Este volume normalmente está relacionado à alta da taxa de permanência hospitalar e com a severidade das complicações que muitas vezes demandam procedimentos de alta complexidade.

Justifica-se, desta forma, o empenho do Ministério da Saúde (MS) em inserir estas patologias na agenda nacional de saúde. Dentre as estratégias de atenção à estas doenças estão as campanhas nacionais periódicas, a inclusão de seus indicadores no rol daqueles utilizados para acompanhamento dos municípios e a inserção dos dados de prevalência destas nas informações contidas no Sistema de Informações para a Atenção Básica (SIAB), utilizado pelo Programa de Saúde da Família. As campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde, por exemplo, fazem com que os municípios se deparem com os casos clínicos e sub-clínicos destas doenças e tenham que repensar suas práticas em atenção básica, tanto no acompanhamento destes pacientes, como nas ações de prevenção promovidas à população em geral, principalmente àquela de risco. Espera-se que cerca de 60 a 80 % dos casos de hipertensão arterial e diabetes melito possam ser tratados na rede básica (BRASIL, 2001, p. 11).

A abordagem conjunta destas duas patologias é incentivada nos serviços de saúde por apresentarem uma possibilidade de associação da ordem de 50% (BRASIL, 2001, p. 13). Grande parte dos indivíduos portadores de diabetes também são hipertensos, embora o contrário não seja verdadeiro. Além disso, vários aspectos são comuns entre a hipertensão arterial e o diabetes melito (BRASIL, 2001, p. 13):

- “[...] identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial;
- Fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo;
- Tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações;
- [...] doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente;
- Complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas;
- Geralmente assintomática na maioria dos casos;
- De difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança de hábitos de vida e participação ativa do indivíduo;
- Necessidade de controle rigoroso para evitar complicações;
- Alguns medicamentos são comuns;
- Necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar;
- Facilmente diagnosticados na população.”

Absolutamente todos os casos detectados exigem uma dieta alimentar específica, independentemente da gravidade da doença. Outras recomendações, no entanto, são incorporadas ao tratamento. Dentre elas podemos citar a diminuição de fatores de stress, a eliminação do álcool e do fumo e a adoção de exercícios físicos regulares. Alguns casos podem ser complementados por medicação específica ou outras medidas para contenção dos danos ou reabilitação, conforme o grau de evolução da doença.

Estudos mostram que é possível diminuir os riscos de complicações a partir do controle destas patologias. Sabe-se, por exemplo, que a redução de 2mmHg na pressão arterial sistólica da população reduz a taxa de acidente vascular cerebral em cerca de 6% e a doença arterial coronariana em 4%. Os grandes ensaios terapêuticos também demonstram que a redução de 5 a 6 mmHg na pressão diastólica usual se associa à redução de 38% no risco de acidente vascular cerebral e de 16% no de riscos de eventos coronarianos (fatais e não fatais) (SÃO PAULO, 2001). O controle adequado do diabetes, por sua vez, pode evitar cegueira, amputações de membros, insuficiência renal e doenças cardiovasculares (PIMAZONI NETO et al, 1999, p. 8)..

Neste sentido, reforça-se a idéia da necessidade do controle dos fatores de risco presentes principalmente no cotidiano dos portadores. Segundo o protocolo publicado pelo MS, o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melito incluem educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos (BRASIL, 2001, p. 33). “O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e bebidas alcoólicas)”<sup>7</sup> (BRASIL, 2001, p. 33). Para que a população assuma, autônoma e autenticamente, a modificação de seu comportamento é necessário, no mínimo, dois componentes. Um primeiro consiste na informação sobre estas doenças e seus riscos. Um segundo ponto importante é a adesão destas pessoas à equipe de saúde. O relacionamento estabelecido entre a equipe de saúde e a população assistida deve ser capaz de facilitar tanto o acompanhamento dos sinais clínicos e laboratoriais da doença, como a renovação da auto-motivação, através de uma transformação de seus valores e crenças. Coloca Machado et al:

---

<sup>7</sup> As questões sobre tabagismo e alcoolismo não foram exploradas neste estudo pela complexidade do tema, que envolve dependência, inclusive química.



“(...) o trabalho da equipe multiprofissional, (...) poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas” (MACHADO et al, in KOHLMANN, 2000, p.10).

Com estas prerrogativas, justifica-se a utilização da liderança transformacional no tratamento destas patologias. Devemos, porém, ressaltar que este tipo de conduta das equipes de saúde não deve restringir-se ao trabalho com os portadores, mas ser estendido aos familiares. Esta abordagem múltipla tem duas funções básicas. A primeira é no controle da doença, evitando complicações e reduzindo os danos causados por ela. Neste sentido, o envolvimento dos familiares pode atuar como um catalisador do processo de resgate do auto-cuidado. A segunda função tem um aspecto muito mais ligado à promoção da saúde. Reconhecido cientificamente o componente hereditário destas patologias, as relações de parentesco determinam, entre os familiares, o risco de desenvolvimento destas doenças. Preventivamente, o ideal é que estas pessoas também venham a adotar os chamados hábitos saudáveis, mesmo antes da comprovação clínica e laboratorial destas patologias.

#### 4. OBJETIVOS

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melito correspondem a agravos de prioridade na atuação das equipes de saúde da família. Isso reflete diretamente no planejamento das atividades dos profissionais das equipes, que utilizam parte considerável do tempo de trabalho para ações de educação e assistência voltadas à atenção destas patologias. O acompanhamento destas doenças crônicas no PSF é realizado porém, unicamente através da prevalência de casos informados ao Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB). Isso é insuficiente para avaliar o processo implícito na relação entre equipe de saúde e família acompanhada.

“Os indicadores de acompanhamento de grupos de risco [...] são definidos a partir da visita domiciliar do agente, e não da consulta de médico ou de enfermeiro, sendo informatizado apenas o número de pessoas cadastradas e acompanhadas e não o elenco de dados coletados relativos a fatores de risco e adesão às medidas terapêuticas e de prevenção de complicações.” (MEDINA, AQUINO e CARVALHO, 2000, p. 24).

A conduta das famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes no dia-a-dia pode ser entendida como resultante conjuntural de um jogo socialmente condicionado, em que estão envolvidos, no mínimo, alguns atores sociais – a equipe de saúde e estas famílias. Segundo SOUSA (2000, p. 7), “o vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias propicia espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde”. Especificamente na abordagem destes dois agravos prioritários, a modificação do comportamento deve ocorrer em caráter permanente para que se torne possível a limitação dos danos. Neste sentido, a corresponsabilização da população sobre a sua própria saúde, através da modificação do cotidiano das famílias em questão, sempre foi um alvo almejado por todos os planejadores de sistemas de saúde.

Entendendo que o exercício da liderança transformacional pode promover modificações permanentes e autônomas de comportamento, ele contribui para um avanço da assistência distribuída à população, representando um ganho qualitativo na relação estabelecida entre a população e equipe de saúde. Neste sentido, este estudo tentou trabalhar basicamente com duas hipóteses:

HIPÓTESE I: “As famílias assistidas pelas equipes de saúde da família da Coordenação Norte do QUALIS II apresentam modificações de comportamento no controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes melito já estabelecidos.”

HIPÓTESE II: “A mudança de comportamento apresentada pelas famílias possui uma correlação positiva com a maior frequência de atitudes transformacionais apresentadas pelos integrantes das equipes de saúde da família quando comparadas àquelas relacionadas à liderança transacional.”

O instrumento proposto para a coleta de dados deste estudo foi desenvolvido de forma a comprovar ou não a primeira hipótese, além de qualificá-la e quantificá-la. Neste sentido, as respostas representarão os resultados concretos obtidos pelas equipes de saúde da família em sua abordagem às famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes, muito embora o caráter permanente ou não da mudança não seja abordado.

A segunda hipótese, por sua vez, só passa a fazer sentido à medida que a primeira afirmativa se confirme nos resultados obtidos. Sua comprovação deve ser testada através de um artifício de técnica descrito posteriormente, onde se qualifica o padrão de comportamento de cada um dos profissionais das equipes de saúde da família entre predominantemente transacional ou transformacional.

Os resultados obtidos por estas hipóteses permitem que as equipes releiam seu trabalho na comunidade sob uma nova ótica e que os gerentes e gestores vislumbrem uma nova dimensão de atuação que vise, a médio e longo prazos, diminuir a demanda de serviços, permitindo a otimização dos recursos de saúde.

Secundariamente, este estudo permitirá evidenciar alguns pontos de importância ou destaque ressaltados pelas próprias famílias assistidas no processo de incorporação de hábitos e acompanhamento das equipes de saúde da família, enriquecendo esta leitura.

Embora a liderança transformacional implique na reciprocidade presente entre os sujeitos envolvidos (líderes e subordinados), este estudo se deterá a apenas uma das direções: a que vai da equipe de saúde para a população. Estudos futuros poderão abordar o sentido inverso, verificando modificações de comportamento apresentadas pelos profissionais de saúde quando incorporados ao programa.

## 5. SAÚDE: DOS PRIMÓRDIOS AOS DIAS ATUAIS

“Desde a sua origem, os principais problemas de saúde que a humanidade tem enfrentado relacionam-se com a vida em comunidade. A obtenção de água e comida, a melhoria do ambiente físico, o alívio do sofrimento, da incapacidade e do desamparo são questões que permeiam a evolução da humanidade.” (DIMITROV, 2000, p. 19).

A ausência de doenças sempre foi relacionada à limpeza. Neste sentido, embora os povos tenham lidado de formas diferentes com esta problemática, alguns voltaram sua atenção para a construção de residências e cidades, cuidando para que as condições do meio ambiente parecessem mais salubres. Porém, como isso não fosse suficiente para explicar por si só os eventos que acometiam as pessoas, eles apresentavam um forte componente religioso, ganhando uma conotação de castigos divinos.

Segundo ROSEN (1994, p. 35) as primeiras tendências de criar uma teoria científica para a causa das doenças parece ter-se consolidado na Grécia, por volta dos séculos V e IV a.c.. De qualquer forma, Egito, Grécia e Roma tornaram-se referências para o estudo da ciência médica na antiguidade, cada um com características próprias.

Em relação à Idade Média, DIMITROV (2000, p. 21) coloca que no século X d.c., “todos os escritos médicos gregos essenciais tinham sido traduzidos para o sírio, o hebraico ou o árabe, e os árabes, e os que viviam sob o seu regime, já estavam contribuindo para a Medicina e a Saúde Pública”. Muitos hospitais foram construídos em terras muçulmanas, onde trabalhavam um diretor, um corpo médico, além de enfermeiros. No Ocidente, porém, a Idade das Trevas trouxe a medicina para o domínio da Igreja. Desta forma, ao mesmo tempo que as pessoas doentes recorriam às orações e santos, os médicos eram, em geral, clérigos, que exerciam a medicina como forma de caridade. Os médicos leigos eram obrigados a se assalariarem para senhores ou cidades, além de trabalharem autonomamente. Os hospitais restringiam-se a “pequenas casas onde se oferecia alguma espécie de enfermagem” (DIMITROV, 2000, p. 22) e que também tiveram origem nas ordens monásticas. Só a partir do século XIII é que os hospitais passaram a sair do domínio da Igreja e passaram para a jurisdição secular. Embora os religiosos continuassem a cuidar dos enfermos dentro destas instituições, a responsabilidade passava a ser das cidades, que pagavam um salário para o médico.

No Brasil a história da saúde pública iniciou-se com a vinda da família real para o país e a criação das primeiras escolas de medicina, primeiramente em Salvador e depois no Rio de Janeiro. Ora de forma centralizada, ora a cargo dos estados ou municípios, a saúde do período de Império restringiu-se à vigilância de portos, de alguns tipos de instituições “de saúde” e do comércio e inspeções de comestíveis, além do funcionamento de Institutos Vacínicos em São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Desde a metade do século XIX, no entanto, começou-se a desenhar alguns papéis na assistência aos doentes e ao final deste “a pequena parcela abastada da sociedade tem assistência médica, a grande parcela da população utiliza a medicina popular, os pobres procuram a caridade nas Santas Casas e o poder público atua no controle das epidemias, na criação de hospitais para alienados e em conjunto com a Igreja na instalação de colônias para os leprosos” (DIMITROV, 2000, p. 25). É também desta época as primeiras medidas em relação ao trabalho de menores em fábricas, aos doentes mentais e aos serviços de higiene escolar.

O Federalismo instituído na Constituição de 1891 trouxe o fim da unidade de comando e da solidariedade nacional, num momento em que o fim da escravidão trazia “um enorme contingente populacional desprotegido e não qualificado nas periferias das cidades, fomentando enormes problemas de educação, habitação e saneamento e, ao mesmo tempo, despovoando o interior e diminuindo a disponibilidade de mão-de-obra para a lavoura” (HOCHMAN, 1998, p. 72). Com este deslocamento para as cidades, os centros urbanos geravam cada vez mais pobreza e doenças. A necessidade de atração de mão-de-obra imigrante nas atividades econômicas do país explicitou, principalmente a partir do início do século XX, a relação direta entre as forças econômicas e as decisões sobre ações de “saúde pública” promovidas pelo Governo Central. A fama de país doente e improdutivo seria um obstáculo para qualquer política de imigração. No início do século XX, “as várias endemias que assolavam a Capital Federal e outras cidades tornavam perigosa a vida dos estrangeiros e provocavam a recusa dos navios de aportarem em nossas cidades, desviando-se para outros países, com visíveis prejuízos para a vida econômica da nação”(DIMITROV, 2000, p. 25). A idéia do repúdio ao país doente é reforçada por HOCHMAN (1998, p. 75) quando coloca que “para ser brasileiro não era preciso nascer no Brasil nem se naturalizar legalmente, bastava compartilhar da doença que o identificava”.

A lavoura cafeeira e a necessidade da captação de mão-de-obra livre fizeram com que São Paulo se destacasse como pioneiro na adoção de medidas que lhe

trouxessem condições de sobrevivência. O controle de doenças endêmicas, principalmente nas regiões que representassem o caminho dos imigrantes ou do café para a exportação, era a única forma de viabilizar a continuidade do crescimento do Estado. Porém, as ações nacionais tinham de ser ampliadas. “O desafio à configuração política da Constituição de 1891, especificamente ao pacto federativo, continuava a ocorrer, dada a presença de doenças endêmicas e de epidemias em várias partes do país que, no limite, tornavam frágeis os bons resultados das campanhas sanitárias restritas ao DF [Distrito Federal] (sob responsabilidade da União desde 1904) e a São Paulo” (HOCHMAN, 1998, p. 102).

Em termos nacionais, o início do século foi marcado fundamentalmente por dois períodos distintos. Um primeiro, entre 1903 e 1909, na gestão de Oswaldo Cruz, a atuação se restringia aos portos e ao Distrito Federal, com o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. A segunda fase, ocorrida durante as décadas de 1910 e 1920, tinha seu foco nas campanhas e endemias rurais, promovendo ações de combate à malária, ancilostomíase e mal de Chagas (HOCHMAN, 1998, p. 61). Sobre este período, Hochman coloca: “[...] o movimento sanitarista difundiu sua interpretação sobre as bases da comunidade nacional e ofereceu soluções políticas e institucionais para transformar uma comunidade fundada nos efeitos negativos da transmissibilidade da doença em uma sociabilidade sustentada na saúde e na higiene de sua população” (HOCHMAN, 1998, p. 49). O entendimento da doença como fator determinante do social ficava cada vez mais claro para as elites e traziam a necessidade de revisão da Constituição de 1891.

“A preocupação dos ricos e sadios para com os menos afortunados e doentes e a decisão de agir para combater esse estado de coisas não derivariam apenas da concepção ética e moral, mas, principalmente, da percepção de que a ameaça da doença os tornara solidários e reorganizava a sociedade, certamente, a contragosto para muitos. [...] as elites percebiam que tinham perdido a sua *imunidade social*, diante de um problema do qual dificilmente alguém poderia se eximir.” (HOCHMAN, 1998, p. 51).

A epidemia de gripe espanhola, ocorrida em 1918, fez desencadear um longo processo de mudanças profundas. “Essa epidemia foi uma experiência coletiva singular da população dos centros urbanos mais atingidos, e teve impacto significativo sobre a percepção coletiva das relações entre doença e sociedade e sobre o papel da



autoridade pública” (HOCHMAN, 1998, p. 131). Nesse período, vários sanitaristas já vinham reivindicando um ministério próprio, mas que era inviabilizado pela elite política do país. Entre 1930 e 1937, assistiu-se a uma grande centralização da política de saúde do Estado Nacional, com a organização de vários Departamentos Estaduais de Saúde e que culminou com a formação do Departamento Nacional de Saúde em 1941, que não só incorporou vários serviços de combate a endemias, como assumiu o controle de formação de técnicos em saúde pública e institucionalizou as campanhas sanitárias (DIMITROV, 2000, p. 26). Neste sentido, foi durante a Segunda Guerra Mundial que ocorreu a criação da SESP (Serviço Especial de Saúde Pública ), com atuação nas regiões produtoras de borracha na Amazônia e de manganês no Vale do Rio Doce, para controlar a malária e a febre amarela.

Desde o início da Primeira República, os trabalhadores se mobilizaram para garantir alguns direitos mínimos, incluindo o direito à assistência a saúde. Desta forma, o início do século presenciou a proliferação das caixas de ajuda mútua, que inicialmente se destinavam a custear os enterros dos trabalhadores e dar auxílio para familiares dos que morriam, mas que passaram a custear também a assistência à saúde e outros serviços sociais, alguns com uma parcela de contribuição das empresas.

Em 1923, a Lei Eloi Chaves regulamentou as caixas de aposentadoria e pensão, uniformizando e definindo sua finalidade, estabelecendo também a contribuição tripartite: empregados, empregadores e Estado. Em 1930, eram 185 caixas regulamentadas. Também neste mesmo ano, foi desencadeada a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias que dividiram os trabalhadores por atividades econômicas e ofereciam assistência médica curativa aos inscritos em hospitais privados credenciados ou próprios. Estas estruturas passaram a coexistir com apenas algumas Caixas de Aposentadorias e Pensões até a década de 1970.

Com o processo de industrialização, o foco passou a ser a manutenção da capacidade produtiva da massa trabalhadora. O sistema de saúde devia, a partir de então, garantir o atendimento do operariado para a sustentação da economia – geravam-se os fatores determinantes para o estabelecimento do modelo médico-assistencial privatista, que culminou em 1966, com a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo MENDES (1996, p. 59), o INPS teve como principais características, a extensão da cobertura previdenciária, o incentivo à prática médica “curativa, individual, assistencialista e especializada”, a criação de um complexo médico-industrial e o desenvolvimento de um padrão de organização com

foco na lucratividade. Nesta época, o sistema unificado foi centralizado e passou-se a capitalizar a iniciativa privada, transferindo recursos para a construção de hospitais e/ou compra de equipamentos. Concomitantemente, assistimos ao aumento da mortalidade infantil nos grandes centros urbanos, epidemias de meningite, altos níveis de desnutrição, expansão da poliomielite, da hanseníase e outras doenças. Durante o período autoritário no país, os gastos em saúde foram reduzidos a cerca de 1% do Orçamento da União (DIMITROV, 2000, p. 27) e só foram retomados na década de 1970 quando, frente a uma epidemia nacional de meningite, aumentou a pressão da população excluída por assistência médica e o governo estendeu a concessão do atendimento para trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos.

Os anos de governo Geisel foram inaugurados com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e as definições do II Plano Nacional de Desenvolvimento. Este documento, elaborado nos meses que antecederam sua posse, admitiu a importância do campo social e trouxe como prioridades as áreas de educação e saúde. Dentro deste último, definiu-se claramente dois campos institucionais: “o do Ministério da Saúde (MS), de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado” (BRASIL, in ESCOREL, 1999, p. 42). Durante a primeira década do regime autoritário, os recursos foram concentrados no MPAS, em detrimento do MS, que permaneceu enfraquecido normativa e financeiramente. O grande problema desta burocracia estatal, apontada pelos técnicos da saúde, era a forte aliança existente entre esta estrutura e os interesses privados. “Enquanto os setores publicistas lutavam para obter um relacionamento diferenciado para o setor público, principalmente para os Hospitais Universitários, a Previdência Social, originalmente INPS, estava institucionalmente dominada pelos interesses privados empresariais” (ESCOREL, 1999, p. 54-55). Desta forma, em 1974, foi formulado o Plano de Pronta Ação (PPA), que ampliava o atendimento médico para a população não previdenciária em casos de urgências e emergências através dos Boletins de Atendimento de Urgência. Porém, “[...] o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias” (ESCOREL, 1999, p. 55). Com a redução dos valores unitários pagos por consulta e internação, a iniciativa privada recusou-se a atender e descredenciou-se.



A consequência disto foi “o crescimento no relacionamento entre a Previdência e o setor público dentro de uma política de fortalecimento do setor conveniado” (SCOREL, 1999, p. 55), ou seja, dos hospitais públicos universitários.

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), criado em 1977, de caráter centralizador e excludente dos segurados, constituía-se de três institutos (INAMPS, para a assistência médica; INPS para os benefícios e IAPAS para o controle financeiro), duas fundações (LBA – Legião Brasileira de Assistência e FUNABEM – Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor), uma empresa (DATAPREV) e uma autarquia (CEME – Central de Medicamentos). Neste momento, três subsistemas passavam a gerir as ações de saúde no país. Um primeiro subsistema, estatal, cuidava de uma “medicina simplificada destinada à cobertura nominal de populações não-integradas economicamente” (MENDES, 1996, p. 60) e de ações com caráter mais coletivo, ainda remanescentes do sanitarismo. Um segundo subsistema, hegemônico, era de natureza privada, sendo apenas contratado ou conveniado com a Previdência Social. Esse subsistema destinava-se apenas aos seus contribuintes e foi extremamente estimulado no período. O terceiro e último subsistema foi a da atenção médica supletiva, mas não chegou a representar grande parcela da população até a década de 1970.

O final dos anos 70 é descrito por Nunes como sendo um período de crise, “quando se acentua a tendência recessiva da economia dos países latino-americanos, com o agravamento do processo inflacionário, o aumento da dívida externa, do desemprego, do déficit fiscal refletindo de forma negativa nos níveis de saúde e impondo a revisão das posições diante da saúde. No campo da saúde é quando, em âmbito internacional, instala-se o discurso da Atenção Primária; no nacional, vai se consolidando uma tomada de posição diante do problema sanitário e a aglutinação dos diversos segmentos que tratavam da medicina preventiva, medicina social, saúde pública” NUNES (1999, p.160).

Neste período, o Ministério da Saúde teve um papel secundário. Mas contendo inúmeros representantes do pensamento médico-social em seu quadro, esta estrutura colocou-se contrariamente ao setor privado, encastelado na Previdência Social.

A abertura política brasileira, após anos de regime autoritário, foi catalisada por pressões da oposição, mas devia ocorrer segundo monitoramento e controle dos militares. A Igreja Católica, na ocasião, liderou os setores oposicionistas, identificando-se, principalmente, com as lutas populares. Também os movimentos estudantil, sindical

e aqueles organizados pelas classes média e alta juntamente com o MDB tiveram grande importância na canalização das pressões para a redemocratização do país. “A política do PCB (Partido Comunista Brasileiro) teve particular importância para o movimento sanitário” (SCOREL, 1999, p. 36).

Dentro das Faculdades de Medicina, desde a década de 1960, se presenciava uma movimentação nos Departamentos de Medicina Preventiva. Com grande bagagem teórica, esses professores juntaram-se aos seus próprios alunos para iniciar um processo de “formulação de propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime e do sistema nacional de saúde” (SCOREL, 1999, p. 20).

“A introdução e até mesmo a ênfase, ainda que teórica, à questão social no planejamento do Estado, ou seja, a utilização do campo social como fonte de legitimação do regime, produziu estímulos oficiais para o surgimento de equipes de pensamento oposicionista em algumas instituições setoriais. Os espaços sociais foram ocupados por técnicos que não reproduziam a política dominante – pelo contrário, utilizaram esses espaços para defender propostas alternativas, contra-hegemônicas” (SCOREL, 1999, p. 43). O novo Ministério da Saúde, penetrado de técnicos que participaram das discussões entre os Docentes de Medicina Preventiva, colocou-se contra o pensamento sanitarista campanhista representado, dentro da mesma instituição, pela Fundação SESP e pela SUCAM. Enfraquecidos na prática (recebiam apenas cerca de 7,8% dos recursos gastos na saúde), o novo grupo do Ministério passa a utilizar, como estratégia, uma postura altamente técnica, embasada nos preceitos preconizados pelos organismos internacionais de saúde para a montagem do Sistema de Saúde. Desta forma, já colocavam a possibilidade de trabalhar um sistema único, onde tudo está articulado e harmonizado, fundamentado nos conceitos de “regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária” (SCOREL, 1998, p. 60).

Os anos Geisel também permitiram a realização de novas Conferências Nacionais de Saúde, interrompidas em 1965. A partir da 5ª Conferência Nacional de Saúde (1975), as CNS voltaram a ser um espaço importante de discussão, muito embora apenas em 1980 passou a apresentar temas de real prioridade para a saúde (SILVA, in SCOREL, 1998, p. 60).

A conjunção dos movimentos destes vários atores que passaram a compartilhar uma visão e uma linha de atuação desencadeou, portanto, o movimento pela reforma sanitária. “Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao

envolver-se nas lutas mais gerais naquele momento: a democratização do País e o fortalecimento das organizações e da sociedade civil” (SCOREL, 1999, p. 30). Podemos ressaltar o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), o movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica e a academia como pedras fundamentais para a articulação desses agentes.

Outros importantes eventos que ocorreram no fortalecimento do movimento sanitário no Brasil foram as próprias experiências institucionais acumuladas no período. Segundo SCOREL (1998, p. 132) “o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS) foi a primeira experiência de um grupo de saúde pública na Previdência Social”. O avanço desta experiência, que não passou do papel, era a adoção da programação de serviços e da universalização do atendimento. Embora não seja considerado um grande marco, “evidenciaram que existia uma forma mais racional e justa de distribuição dos serviços de saúde já existentes” (SCOREL, 1998, p. 132). O Projeto Montes Claros (PMC) significou um avanço pelo simples fato de ter sido implementado. Este projeto buscava um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo.

“O PMC permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. [...] O PMC demonstrou a exequibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade deste em articular-se com outras forças para sustentar politicamente o projeto.” (SCOREL, 1998, p. 133).

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ao adotar a experiência de Montes Claros como modelo assistencial experimental, ampliou o programa para outras regiões, além de ter sido capaz de fazer do movimento sanitário um ator importante na política de saúde ao final do período (1979) (SCOREL, 1998, p. 133). Três fatores, basicamente, contribuíram para a visibilidade do PIASS: a abrangência do Programa (dez Estados); as alianças de sustentação, principalmente com o aparecimento da frente política formada pelos Secretários de Saúde e pelo fato de ser a primeira participação da Previdência Social em um programa de saúde pública (SCOREL, 1998, p. 133). As linhas gerais dessas experiências foram mantidas nas Ações Integradas de Saúde (AIS), na 8ª CNS e na Reforma Sanitária.

Entre 1979 e 1982, na gestão Figueiredo, o movimento sanitário ampliou sua organização, ampliando suas alianças com os demais movimentos pela democratização do país.

“A partir de 1982, desenvolveram-se, no interior da previdência Social, propostas de reformulação do setor saúde que, a partir de uma ótica racionalizadora com vistas à contenção dos custos da assistência médica previdenciária, modificara, as diretrizes até então vigentes na política de saúde. Sem alterar a hegemonia do INAMPS dentro do setor, essas propostas privilegiaram o subsetor público prestador de serviços de saúde e a integração interinstitucional, formando instâncias colegiadas de gestão [...] e das POIs (programação / orçamentação conjuntas). Privilegiaram, também, a desconcentração das ações de atenção à saúde, para os níveis estadual e municipal. Além disso, legitimaram [...] a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde.” (SCOREL, 1998, p. 184).

A implementação das AIS representaram, neste contexto, o início das articulações entre os vários níveis governamentais por meio de convênios formais, além do reforço de todas as diretrizes preconizadas anteriormente através do PIASS para a montagem dos sistemas locais de saúde.

“Em fins de 1984, [...] o PMDB promoveu uma série de encontros setoriais para discutir a sua proposta de governo. As idéias do movimento sanitário foram amplamente aceitas, e a unificação do Sistema de Saúde passou a ser uma proposta do partido de oposição. Meses depois, o movimento sanitário conseguiu que fossem incorporadas ao Plano de Governo [...]. Fez prevalecer suas propostas em diversos âmbitos das negociações políticas para o período de transição e até indicar e garantir a nomeação de seus representantes para postos-chave da administração pública setorial. Essa conquista foi fruto de uma movimentação nacional de pessoas e entidades de saúde, paralelamente a um trabalho político-parlamentar.” (SCOREL, 1998, p. 186).

O movimento sanitário desenvolveu um debate na sociedade sobre a reforma sanitária principalmente através das pré-conferências estaduais promovidas por ocasião da 8ª CNS, reforçando quatro grandes reconhecimentos (SCOREL, 1998, p. 64): “de que a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as

condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social desse direito, cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação". As propostas de reforma discutidas na sociedade foram consolidadas na conferência nacional, em 1986, e serviram de base para a elaboração da Constituição de 1988. Em 1987, foi aprovado o decreto de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que previa a municipalização dos serviços de saúde, o enxugamento da máquina previdenciária estadual, a transferência dos serviços da União para Estados e Municípios, o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo e a transferência dos instrumentos de controle sobre o setor privado para os níveis descentralizados (ESCOREL, 1998, p. 187).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído oficialmente a partir da Constituição Federal de 1988, representa mais do que uma simples determinação do governo. Marco histórico do movimento sanitário, pudemos perceber que ele foi o fruto de um longo processo de discussão e ação, articulado principalmente por sanitaristas, que traziam as grandes tendências internacionais para serem discutidas à luz da realidade do país. É este movimento, formado por avanços e retrocessos, que resgataremos no capítulo seguinte.

## 6. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1988, a Constituição Federal adota o Sistema Único de Saúde como modelo oficial do país. Os principais problemas identificados por técnicos da União, Estados e Municípios no início da implantação do sistema foram (BRASIL, 1990):

- um quadro de doenças de todos os tipos, condicionado pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do País e que o Sistema de Saúde não conseguiria enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração do Sistema de Saúde [...];
- excessiva centralização implicando, por vezes, em impropriedade das decisões, pela distância dos locais onde decorrem os problemas;
- recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações de sua responsabilidade;
- desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde, que vêm sofrendo as consequências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à sua saúde.

Criado a partir do movimento sanitário e tendo como objetivo a resolução dos problemas de saúde da população, o SUS apresentou-se revolucionário ao preconizar oferecer uma saúde integral e contínua a toda a população. A crise brasileira na saúde não foi um movimento isolado. Vários outros países passaram a reestruturar

seus sistemas de saúde devido ao incontrolável crescimento dos custos , à irracionalidade da alocação de recursos e o baixo impacto das ações.

Segundo MENDES (1996, p. 62), “de fato, a Constituição de 1988 incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária”.

Regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o sistema de saúde foi repensado de forma a considerar a atenção à saúde em três grandes campos (BRASIL, 1996, p. 4): assistência (cujas atividades são dirigidas individual ou coletivamente, podendo ser exercida em âmbito domiciliar, ambulatorial ou hospitalar); intervenções ambientais e políticas intersetoriais.

Desta forma, um conceito mais abrangente de saúde se firma, considerando como fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde da população o ambiente físico, os fatores sócio-econômicos e culturais, fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços.

Uma reflexão tão profunda do processo saúde-doença não poderia deixar de repercutir também na proposta do sistema nacional de saúde. Desta forma, o Sistema Único de Saúde foi concebido baseado em alguns princípios fundamentais como (BRASIL, 1999, p. 9-10):

- Saúde como direito de todos os cidadãos;
- Integralidade da assistência como “conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos [...]” (BRASIL, 1999, p. 9);
- Universalidade das ações;
- Equidade;
- Resolutividade, como “eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais esta população está exposta” (BRASIL, 1999, p. 9);
- Intersetorialidade;
- Humanização do atendimento;
- Participação social.



A universalização das ações representa um fator positivo para a construção da equidade social, mas implica em outras considerações. Se já era difícil financiar o modelo hegemônico vigente, expandi-lo para toda a extensão da população e para todos os níveis de atenção a saúde implicava na necessidade do aumento de recursos, já escassos (NEMES, 1995, p. 25-26).

Segundo CANESQUI (1991, p. 177-178), o acesso aos serviços de saúde no Brasil em 1990 ainda era marcado por “profundas desigualdades na produção, distribuição e consumo de bens e serviços de saúde, sem que a [...] universalização fosse atingida”. A entrada dos usuários pela rede hospitalar, ao invés de utilizar-se de Unidades Básicas de Saúde, o acesso diferenciado entre as zonas urbana e rural e as variações regionais eram uma constante.

O Sistema Único de Saúde tem, entre suas diretrizes básicas, a “descentralização e a municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, conforme [...] explicitado em todos os diplomas legais que o constituíram” (SÃO PAULO, 1999, p.6). Essa estratégia permite que as ações sejam coerentes com a realidade local, priorizando suas verdadeiras necessidades ao invés de trabalhar segundo padrão único nacional, nem sempre compatível com a realidade do município. Junto à essa autonomia dos municípios para o planejamento e execução das ações, outro ponto bastante importante é a participação social preconizada pelo modelo. A contribuição da população na formulação das políticas de saúde, na aprovação dos orçamentos municipais para a saúde e no controle do serviço prestado, entre outros, é de inquestionável importância para que a transparência e confluência dos interesses técnicos aos da população.

Um enfoque importante é dado à atenção primária ou básica porque consiste na base de sustentação de todo o sistema de saúde. Considerada porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde e/ou as Unidades de Saúde da Família devem resolver cerca de 80% dos casos demandados pela comunidade local, remetendo às unidades de saúde mais complexas, ambulatorios ou hospitais, apenas aquilo que exigir maior recurso tecnológico. Espera-se também que, neste nível de atenção, consiga se efetivar a chamada promoção à saúde, permitindo que a população sadia não adoça. Administrativamente, esta importância reflete-se nas iniciativas e normatizações publicadas pelo Ministério da Saúde. Um dos mecanismos de acompanhamento dos municípios, por exemplo, é um rol de indicadores definidos como “de atenção básica”. Tais indicadores, apresentados inicialmente em 1998, através do



Manual para a Organização da Atenção Básica, devem ser repactuados anualmente pelos municípios, com metas progressivamente satisfatórias. Esta postura converge para o que é definido pelas Normas Operacionais. Se observarmos sua evolução, a cada publicação ampliam-se as atribuições dos municípios no que se refere à atenção considerada básica, num movimento de estímulo ao crescente desenvolvimento destas ações pelos governos municipais.

Em São Paulo, observa-se um aumento do número de municípios do Estado interessados em assumir a atenção básica à saúde. Os anexos 01, 02, e 03 mostram a evolução da adesão destas cidades (645 ao todo) às habilitações preconizadas pelas Normas Operacionais, ao longo de 1994, 1998 e 2001<sup>8</sup>.

Apesar de todo o avanço na implantação do Sistema Único de Saúde, isto foi conseguido a custos de dificuldades. Escorel coloca que “a política de saúde dos últimos dezoito meses do governo Sarney caracterizou-se por um retrocesso importante em termos de descentralização, integração interinstitucional e privilegiamento do setor público. [...] o repasse de recursos para os estados e municípios foram dificultados e criaram-se obstáculos operacionais à integração e à implementação das SUDS” (ESCOREL, 1998, p. 188-189). Só no fim de seu mandato, Sarney assinou um decreto transferindo o INAMPS para o Ministério da Saúde. Além disso, a penetração do movimento sanitário dentro dos espaços institucionais a partir de 1983 afastou-o das classes populares e trabalhadoras. A partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário “assumiu uma configuração diferenciada daquela de sua origem, incorporando novas vertentes, campos de atuação e problemáticas, em uma conjuntura também diferenciada daquela de suas origens e articulação como movimento social. Daí surgirem alguns conflitos que constituem ‘dilemas’ ou pontos de tensão no próprio movimento” (ESCOREL, 1998, p. 191). Esse processo, acrescido da polarização ideológica entre os partidos representados, tendeu a desagregar o movimento.

Segundo MENDES (1996, p. 57), o SUS “nem começou ontem e nem termina hoje”, devendo ser entendido como um “processo social em marcha”. “A reforma sanitária brasileira, no seu caminho, deverá buscar melhor uso dos recursos escassos mas, principalmente, deverá procurar mudança radical do modelo de atenção e inserção dessa reforma na perspectiva da construção da cidadania.” (MENDES, 1996, p. 50).

---

<sup>8</sup> O mapa de 1994 traz os municípios habilitados segundo a NOB 01/93, enquanto ao mapas de 1998 e 2001 referem-se à habilitação pela NOB 01/96.

Independentemente da natureza das publicações oficiais de saúde, grande evidência é dada aos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Primeiro, porque representam uma nova alternativa para que os municípios possam assumir o conjunto de ações de atenção à saúde, trabalhando para que os cidadãos se apropriem de sua responsabilidade sobre o que é decidido para a comunidade. Segundo, porque se o SUS já é considerado uma proposta inovadora e avançada, a concepção e tecnologia implícitas na implantação desses programas fogem ainda mais do tratamento convencional dado à saúde, considerando dimensões subjetivas como componentes essenciais da forma de atenção.

## 7. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ELEMENTOS DA DIFERENÇA

É no turbilhão de mudanças trazidas pelo SUS que nasce o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), ambos calcados na inserção de Agentes Comunitários de Saúde como sujeitos ativos das equipes presentes nos serviços que prestam atenção básica à população.

Desde a década de 1950, a Organização Mundial de Saúde já discutia, em suas reuniões técnicas, a formação médica para aqueles que se propunham a praticar a chamada medicina de família. É de 1963, por exemplo, a publicação de “La Formación del Medico de Familia”. Nesta ocasião, já se apontava a especialização como uma tendência mundial dos estudantes de medicina, mas que prejudicava a visão do paciente como um todo indivisível (OMS, 1963, p. 3-4). O referido documento trazia dois conceitos importantes: o médico geral era aquele que “limita o exercício de sua profissão a certas instituições ‘mórbidas’ e cujos pacientes têm acesso contínuo e direto a seus serviços” enquanto o médico de família era aquele que oferecia acesso direto e contínuo a seus serviços para todos os membros das famílias assistidas. Para exercer suas funções, estes últimos “recebem pessoas em consulta ou visitam domicílios, e assumem a responsabilidade por toda a assistência, seja encarregando-se dela pessoalmente, seja recorrendo a serviços clínicos ou sociais especializados [...]” (OMS, 1963, p. 6). Embora as diversas experiências da época utilizassem o médico como a figura central da equipe de saúde ou figura isolada, já se apontava a importância da integração deste profissional com outros profissionais e serviços de maior complexidade para a resolução dos problemas de saúde das comunidades. Também apontava-se o contexto familiar e social como fundamentais na determinação de riscos às enfermidades e nos resultados das orientações e terapêutica imprimidas na população. Desta forma, o relatório de 1963 da OMS traz como objetivos dos médicos de família: a promoção da saúde integral e completa aos pacientes; o acesso direto ao enfermo; a responsabilização do médico pelo tratamento; a continuidade da assistência; a assistência personalizada; o enfoque na assistência à família; o contato direto e acesso contínuo aos pacientes, individual e familiar, em matéria de prevenção de enfermidades e promoção da saúde; além da facilidade de efetuar estudos epidemiológicos (OMS, 1963, p. 13). O médico de família era tido como um “ponto de contato inicial entre a população e a profissão médica” (OMS, 1963, p. 7).

Na época, esta modalidade de prática médica já se encontrava implantada em diversos países. As características distintas nestas nações, segundo o relatório de 1963 da OMS, devia-se mais à disponibilidade dos profissionais do que aos fatores políticos e nacionais ou o modo de remunerar os serviços (OMS, 1963, p. 6). Era possível, neste período, encontrar as figuras do “prático rural” e dos “auxiliares de saúde”. Os práticos rurais, aqueles que exerciam a prática da medicina sem a capacitação formal, eram aceitáveis (OMS, 1963, p. 8-9) em países que apresentavam um déficit no número de médicos. Nos países que formavam os chamados ajudantes médicos, a orientação da Organização Mundial de Saúde era que se aproveitasse aqueles considerados mais capazes para que ingressassem nas escolas médicas. Havia países que organizaram serviços de assistência à saúde onde cada médico atendia um setor da população com cerca de 20.000 a 60.000 habitantes, junto com um corpo de auxiliares de saúde que organizavam postos ligados a um centro de saúde de referência. Esse pessoal era continuamente submetido à supervisão dos profissionais que trabalhavam nos centros de saúde. Apenas nos casos mais graves é que os auxiliares de saúde enviavam os pacientes ao médico.

Os postos auxiliares estavam a cargo de pessoas que receberam, em geral, o treinamento prático de enfermeiras-parteiras ou de ajudantes de saúde com um mínimo de formação clínica. Embora a formação deste recurso humano fosse bastante diferente da formação médica, idealmente se articulavam entre si para fazer funcionar a chamada medicina da família. A diferença é que os auxiliares eram pensados como elementos complementares, no sentido de aumentar o rendimento médico (OMS, 1963, p. 38). Uma das principais críticas ao modelo do médico da família era o isolamento dos médicos de prática geral, principalmente aqueles que se situavam nas zonas rurais, tanto de seus companheiros de profissão, como dos demais equipamentos de assistência à saúde.

Na América Latina do final dos anos 60, a crítica contra a medicalização da sociedade faz surgir propostas alternativas de estímulo ao auto-cuidado, de atenção primária realizada por pessoal não profissional e de revitalização da medicina tradicional (GARCIA, in ESCOREL, 1999, p. 23).

Segundo ESCOREL (1998, p. 23), “o processo começou com as discussões para promover a extensão de cobertura e melhorar a saúde das populações rurais, e culminou com a Declaração de Alma-Ata em 1978, em que os governos se propuseram a conseguir alcançar ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, por meio da estratégia da

atenção primária.” A III Reunião de Ministros, em 1972, representa um marco importante na divulgação dos conceitos de extensão de cobertura, de participação comunitária e dos auxiliares de comunidade (os agentes e saúde).

A OMS publicou, neste mesmo período, uma coletânea de experiências de vários países em medicina comunitária. “A novidade desses programas é que eles eram de baixo custo, simplificados, contavam com a participação da comunidade e baseavam-se, fundamentalmente, na experiência dos ‘médicos de pés descalços’ da China” (RAMOS, in ESCOREL, 1999, p. 23).

As experiências existentes no Brasil na década de 1970 eram vinculadas aos Departamentos de Medicina Preventiva e eram utilizadas como campo de estágio para residentes e internos. Exemplos pioneiros no Estado de São Paulo são Vila Lobato (Ribeirão Preto) e Vale do Ribeira. As grandes vantagens apontadas, na ocasião, eram a ampliação da cobertura e o baixo custo do programa. Na prática, foi também um laboratório importante para exercitar a participação da população.

Num segundo momento, essas experiências passaram “a se relacionar com instituições prestadoras de serviços e a caracterizar modelos experimentais, base de futuros projetos institucionais. Dentre os programas desse segundo momento estavam o do Vale do Jequitinhonha (MG), o de Paulínia (SP) e o programa de integração docente-assistencial, desenvolvido pela UnB em convênio com a OPAS/Kellogg, em Sobradinho e Planaltina (DF)” (ESCOREL, 1999, p. 24).

Em 1974 é promovida, pelos estudantes de medicina, o I SESACS (Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária), em Belo Horizonte. Esse encontro tinha como objetivo “reunir estudantes, professores e profissionais para debater os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como as práticas de saúde comunitária em desenvolvimento” (ESCOREL, 1999, P.70).

Desde 1974, funcionava em Londrina (PR) o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar. Fruto da união da Universidade Estadual de Londrina e a Prefeitura Municipal, e financiado pela Fundação Kellog e pela OPAS, essa experiência diferenciava-se “por acontecer em um município altamente urbanizado, onde predominava a forma de organização privada liberal da medicina brasileira, o que não ocorria com a maioria dos demais projetos, geralmente dirigidos a populações rurais e desassistidas” (ESCOREL, 1998, p. 73). Essa e outras experiências apresentadas na IV SESACS fizeram com que, nos anos seguintes, “um número crescente de estudantes do último ano procurasse esses locais para exercitar seu aprendizado, engajando-se

profissionalmente em propostas alternativas de condução e organização dos serviços de saúde” (ESCOREL, 1998, p. 73). Outros projetos municipais alternativos eram desenvolvidos em Niterói e Campinas.

A necessidade de resgatar a figura do médico generalista surge no relatório do 9º Encontro Científico de Estudantes de Medicina, realizado em Santa Catarina, 1977.

Essa discussão não ocorria só no Brasil. Em 1978 surge, na Espanha, a especialidade de Medicina Comunitária, na tentativa de resgatar a visão de conjunto em atenção primária em uma época que internacionalmente ocorria a hiperespecialização da medicina (JAVIER, in BRASIL, 2000, p. 40). Estes médicos formados em Medicina de Família eram automaticamente incorporados ao Sistema Nacional de Saúde espanhol. A experiência da Espanha foi mantida e aprimorada ao longo deste período e hoje existem entre 25 mil e 27 mil médicos trabalhando em atenção primária, metade deles com residência em Medicina Comunitária (JAVIER, in BRASIL, 2000, p. 40-41). Neste país, apenas 15% da população é assistida pelo setor privado.

A medicina comunitária representou, no Brasil das décadas de 1970/1980, “um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, sob forma de garantir igualdade e universalidade no atendimento” (SOUSA, 2001a, p. 37). “O movimento da medicina comunitária, nascido nos Estados Unidos, tem como antecedentes o da medicina integral e da medicina preventiva oriundos das décadas de 40 e 50” (SOUSA, 2001a, p. 37).

Após um longo período de latência no Brasil, a proposta do médico de família ressurgiu na década de 1990 com uma nova concepção, derivada do aprimoramento da proposta de incorporação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na atenção primária do sistema de saúde.

O Brasil já apresentava iniciativas anteriores na utilização de figuras não específicas da área da saúde para o trabalho com as comunidades. Neste rol, podemos citar as parteiras leigas, ou “curiosas”, da Fundação SESP; os agentes de saúde do Vale do Ribeira, que integrou o PIASS no Estado de São Paulo (SILVA, 2001, p. 6-37) e, mais recente, os agentes de saúde do Estado do Ceará, em funcionamento desde Março/1987. Além disso, desde o início da década de 1990, várias experiências com ACS foram implementadas entre as cidades da região Nordeste, muitas delas anônimas. Alguns exemplos são Canoa Quebrada (CE), Camaragibe (PE) e Olinda (PE). Os resultados obtidos nestas experiências fizeram com que o Ministério da Saúde se



empenhasse em implantar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Após um projeto-piloto no Estado da Paraíba, em 1991, uma primeira etapa de implantação deste programa foi realizada no Nordeste, por apresentar “maiores indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria; os municípios dessa região abrigavam todos os males de exclusão social, uma concentração e aceleração na implantação do PACS resultaria em maior impacto, em curto e médio tempo” (SOUSA., 2001a, p. 50). O segundo momento, em 1992, contemplou uma segunda parte do Nordeste, Brasília - Distrito Federal e adjacências - e a região Norte, com a implantação do programa em Manaus e Belém.

Uma terceira etapa prevista considerava a atuação na periferia das principais capitais do País, o que não ocorreu.

Embora tenha existido movimentos contrários à sua implantação, o encontro nacional ocorrido em 1993 centrou-se em definir as prioridades para o ano de 1994: “já não era mais para tratar a crise e sua superação; sim, para valorizar os feitos e seguir o caminho, com sucesso!” (SOUSA., 2001a, p. 83). “Somente a partir de 1994, com o desenho da estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF, é que os Agentes Comunitários de Saúde passam a compor a equipe nuclear desta proposta e, portanto, começam a chegar aos grandes centros, regiões metropolitanas e capitais do Sul e Sudeste” (SOUSA., 2001a, p. 51). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é entendido hoje como uma fase transitória para a implantação do Programa Saúde da Família. Nele, um enfermeiro de referência para até 30 ACS é responsável pela supervisão e capacitação dessa equipe, que atuará de forma a desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde trabalha em um espaço geográfico pré-definido e cuida de, no máximo, 150 famílias (cerca de 750 pessoas). É ele que “identifica problemas, orienta e encaminha, e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação / reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade” (BRASIL, 1998, p. 1), trabalhando sob o foco da saúde integral familiar. Dentre os pré-requisitos exigidos para sua atuação estão: deve ser morador da área a ser trabalhada por pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e possuir disponibilidade de tempo integral para o exercício

dessas atividades. Pelo fato de inserir pessoas da própria comunidade-alvo na equipe de saúde, espera-se que o desenvolvimento do programa e que seus resultados sejam facilitados.

Na realidade, os ACS representam figuras híbridas. Ora são vistos como população, por terem sido escolhidos entre os residentes da área de abrangência da equipe, ora são vistos como figuras da saúde, uma vez que passam a integrar a equipe de saúde que intervém sobre determinado território. Na visão dos técnicos, eles são vistos principalmente como o elo de ligação e articulação entre as Unidades de Saúde e a comunidade, tanto do ponto de vista operacional, como do ponto de vista cultural. (SILVA, 2001, p. 143-147).

Ao incentivar a implantação do Programa de Saúde da Família, “o Brasil optou por um modelo que observa muitos princípios da Medicina Familiar, mas que é bem diferenciado” (SOUSA, 2001b, p. 19), principalmente pelo fato de não ser centrado no médico, mas sim em uma equipe multiprofissional, incluindo membros da comunidade (SOUSA, 2001b, p. 19).

“A Medicina Familiar é estratégica nos sistemas de saúde integrais, que oferecem assistência médica e serviços de saúde pública eficientes e de qualidade a toda a população. O médico de família cuida das pessoas em todas as fases da vida, estabelecendo vínculos de confiança e responsabilizando-se pela promoção da saúde, prevenção de doenças e pelo tratamento. Ele não perde de vista o paciente, mesmo quando é necessário um tratamento mais especializado.” (SOUSA, 2001b, p.17).

Qualquer programa de saúde deve ser planejado de forma coerente com o contexto geográfico e temporal, incorporando-se naturalmente ao sistema de saúde já estabelecido pelo e no município. Neste sentido, os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), assemelham-se aos demais. Porém, suas características são muito mais amplas do que dos programas propriamente ditos, como o Programa de Saúde da Mulher e o Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Primeiro, porque não restringe o atendimento a uma população-alvo específica. Segundo, por tratar-se de uma atenção integral a saúde, sem o direcionamento para a resolução de um problema específico.

Esta lógica diferenciada de atenção, sob uma mesma denominação, gerou dificuldades em sua compreensão. Desta forma, as primeiras discussões circulavam



sobre o caráter complementar ou substitutivo da proposta e, ainda mais importante, se o PSF significava um novo modelo de atenção ou uma estratégia de implantação do modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Mundialmente vários países experimentam sistemas de saúde baseados nos chamados médicos de família. “Em alguns países como o Canadá, os Estados Unidos e o Nepal, os médicos de família participam até da atenção a pacientes hospitalizados. Em outras partes do mundo, suas atividades centram-se quase exclusivamente na atenção ambulatorial (Reino Unido, América Latina)” (SOUSA, 2001b, p. 17). “Cuba desenvolveu um programa integral de formação e emprego de médicos de família dirigido a prestar atenção à saúde de todos os cidadãos. Na América Latina destacam-se, ainda, o México, que instituiu a Medicina Familiar na década de 70 e início dos 80, a Venezuela, que tem alguns programas de pós-graduação e a Argentina, onde também existem muitos programas” (SOUSA, 2001b, p. 18-19). “A Medicina Familiar está bem estabelecida ainda na Austrália, na Nova Zelândia, nas Filipinas, em Hong Kong, na Malásia, em Cingapura, em Taiwan e na República Popular Democrática da Coreia e está dando os primeiros passos na China, na Rússia, na Índia, no Paquistão e no Sri Lanka” (SOUSA, 2001b, p. 19).

Segundo CAMPOS (1997, p. 148), a experiência brasileira surgida na década de 1990 é muito mais próxima do exemplo cubano do que dos médicos de família da Inglaterra. Na verdade, o PSF representa, no Brasil, a evolução natural do sistema preconizado pelo movimento sanitário descrito anteriormente.

Segundo documento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, buscase, com essa proposta, atingir vários objetivos importantes (SÃO PAULO, 1997, p. 4):

- Contribuir para a mudança do modelo assistencial, de forma a garantir melhora nas condições de saúde da população a partir da atenção à saúde da família e comunidade;
- Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- Promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- Prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, a cada membro da família, identificando condições de risco para a saúde do indivíduo;
- Proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população no domicílio, em ambulatorios e hospitais;

- Agendar o atendimento à população com base na programação existente, conciliando, concomitantemente, atendimentos eventuais e domiciliares;
- Humanizar o atendimento e estabelecer uma relação interativa com a comunidade;
- Organizar o acesso ao sistema de saúde;
- Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- Promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
- Levar ao conhecimento da população as causas que provocaram as doenças e os resultados alcançados na sua prevenção e no seu tratamento;
- Incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

O Programa Saúde da Família deve ser pensado, antes de mais nada, como uma prática integradora substitutiva da prática médica tradicional, e não como um simples meio de aumentar o financiamento do município. A atuação das equipes deve incluir o planejamento das ações de saúde e a reorganização do sistema local, subsidiando também o Plano Municipal de Saúde. Desta forma, além de considerar os aspectos bio-psico-sociais – enfoque assistencial holístico, também trabalha-se de forma interdisciplinar. Não basta justapor os dois modelos. A interdisciplinaridade deve ser construída a partir de uma visão sócio-filosófica de não fragmentação da realidade e total articulação entre as várias facetas envolvidas na questão (MINAYO, 1991, p. 70).

Cada equipe de Saúde da Família é composta minimamente por 1 médico especialista em saúde comunitária, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, que devem possuir um regime de trabalho suficiente para um “real envolvimento e conhecimento destes com a realidade local” (SÃO PAULO, 1997, p. 7). Tal envolvimento vai muito além dos cuidados com a saúde. Uma equipe de saúde normalmente participa de toda a gama de movimentos daquela comunidade, não assumindo as atribuições de advogados, contadores ou outras funções, mas estimulando-a a pensar e operacionalizar iniciativas próprias para a resolução de seus problemas, independentemente da natureza. Isto reforça o por quê das ações não se restringirem aos muros da instituição. Ao contrário, as atividades da equipe de saúde da família, inclusive as ações de saúde, ocorrem em todos os espaços sociais disponibilizados pela comunidade, desde os próprios domicílios (principalmente) até os de caráter coletivo. As Unidades de Saúde da Família, como unidades de saúde de

atenção primária, devem servir como portas de entrada do Sistema, mas apresentam-se rotineiramente com uma atuação estendida aos espaços de residência das pessoas. Como grandes parceiros das famílias, são essas equipes, principalmente os ACS, os grandes porta-vozes de suas necessidades e o grande articulador do sistema, acompanhando o fluxo de pacientes nos serviços de atenção secundária e terciária e fazendo cumprir as referências e contra-referências previamente estabelecidas para o município. Também é uma atribuição importante da equipe o monitoramento de fatores de risco à saúde na comunidade.

O Ministério da Saúde coloca a equipe de saúde da família como responsável pela cobertura de uma área geográfica com 600 a 1.000 famílias ou cerca de 4.500 pessoas. Um agente comunitário de saúde dá atenção para cada 100 famílias na zona rural e para cada 250 na zona urbana.

Nas Unidades de Saúde da Família são realizadas consultas nas quatro clínicas básicas (ginecologia, obstetrícia, clínica geral e pediatria) e serviços de apoio, como vacinação, inalação e curativos. Alguns casos eventuais de urgência também são atendidos. Desta forma, são desenvolvidas ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento características do nível primário de atenção. Mas se fundamentalmente são oferecidos os mesmos serviços executados por uma Unidade Básica de Saúde tradicional, o que diferencia a proposta do PSF, da forma clássica de praticar a atenção primária?

O PSF não restringe sua intervenção aos níveis do indivíduo. É impreterível que se mude o enfoque individual, tradicionalmente colocado, para um enfoque familiar e coletivo, o que implica em um novo conjunto de valores para muitos profissionais da saúde. As dimensões família, comunidade e meio ambiente devem, portanto, ser incorporadas como fatores a serem considerados na forma de atuação dos membros das equipes. A adoção do Programa de Saúde da Família proposto pelo Ministério traz, portanto, uma profunda modificação da prática médica<sup>9</sup>. Valores e crenças arraigados na população assistidas, assim como a lógica sob a qual esses pensamentos e sentimentos se relacionam, devem ser considerados para que a adoção dos hábitos saudáveis pelas famílias portadoras de doenças crônicas não transmissíveis signifique uma modificação profunda e permanente. Não desejamos, portanto, que este comportamento seja

---

<sup>9</sup> O termo “médica” é aqui colocado representando o conhecimento técnico em saúde, independentemente de categoria profissional. Não deve, portanto, ser entendido como exclusividade do profissional formado no curso de medicina.

sustentável apenas por mecanismos artificiais de controle. Para que ele possa se perpetuar, as pessoas devem entender e valorizar os novos hábitos, se auto-promovendo a cada instante nesta mudança de atitude. Para isso, as famílias portadoras de doença crônica devem, enfim, integrar esses novos valores, e não, introjetá-los simplesmente (DECI, 1998, p. 94-96).

Da mesma forma que muitos autores relatam a dependência direta entre o resgate do sentido do trabalho pelas pessoas e fatores como satisfação, motivação e envolvimento no dia-a-dia funcional (SIEVERS, 1994, p. 28), também as famílias acompanhadas devem conhecer e valorizar as mudanças propostas, para que os fatores de satisfação possam desencadear um processo de motivação intrínseca em modificar hábitos normalmente tão integrados na dinâmica individual e familiar. Nesse momento é que se estreita a relação entre motivação e liderança. Segundo DECI (1998, p. 94), a presença de agentes socializadores, facilmente representados pelos chamados líderes, é importante porque são eles que facilitam outras pessoas a realizarem “suas vontades por vontade e iniciativas próprias”. Daí a importância do estudo da liderança na implantação dos programas propostos pelo Ministério.

Dados do Ministério da Saúde mostram a evolução da cobertura populacional executada por agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família entre 1994 e Abril/2000. O quadro abaixo revela, com base nos dados do Ministério da Saúde, a grande adesão dos municípios em todo o país neste período (INSTITUTO DE ESTUDOS MONTEIRO LOBATO - IEML, 2000):

<b>Cobertura Populacional</b>	<b>1994</b>	<b>2000</b>	<b>Meta 2002</b>
Agentes Comunitários de Saúde	16.003.900	67.562.500	86.250.000
Equipes de Saúde da Família	1.131.600	37.950.000	69.000.000

Através dos dados acima, podemos verificar que, não somente houve um aumento significativo da população coberta por estas estratégias assistenciais, como a meta para 2002 é bastante pretensiosa. Em julho de 2000, 4.390 municípios brasileiros apresentavam 128.540 equipes de saúde da família (IEML, 2000).

O Estado de São Paulo, em setembro de 2000, apresentava 50 municípios qualificados para receber os incentivos do PACS e PSF. Estas cidades representavam 1.477 agentes comunitários de saúde (ACS) e 249 equipes de saúde da família (ESF). Nesta mesma ocasião, só o município de São Paulo apresentava 607 ACS e 123 ESF

(MS, Portaria 1.032, de 14 de Setembro de 2000). Os dados de Janeiro/2002 mostram que, apenas no município de São Paulo são 2.514 agentes comunitários de saúde (SÃO PAULO, 2002).

Em 2000, as equipes de saúde da família com atuação no município de São Paulo eram mantidas apenas pelo Governo do Estado de São Paulo, por meio de duas estratégias de gestão: uma da própria regional de saúde responsável pela área e, portanto, da administração direta, e outra por meio de parceiros, que recebiam recursos do Estado e gerenciavam as Unidades de Saúde da Família mediante contrato específico. A Prefeitura do Município de São Paulo só passou a implantar equipes a partir de 2001.

Como pudemos abordar anteriormente, a adoção desses programas implica mudanças profundas e verdadeiras do modelo assistencial vigente, que passa, antes de mais nada, por uma transformação de cada integrante do sistema de saúde local, direta ou indiretamente ligado ao programa. Mais do que isso, essa transformação deve ser estendida para toda a comunidade assistida, permitindo que ela valorize, colabore e assuma cada vez mais um papel ativo de promoção da sua própria saúde. Apesar de existir algumas discussões a respeito da mudança de cultura implícita a esse processo, o tema ainda é abordado superficialmente pelos profissionais que estão gerenciando a implantação dos programas, muito mais preocupados com as questões operacionais e técnicas. A saúde, como serviço, deve ser repensada em termos de capacitação e envolvimento de seus profissionais, matéria-prima essencial para o bom desempenho de suas ações e a verdadeira incorporação do modelo.

Frente à tradição curativa da atenção médica no Brasil, baseada na assistência hospitalar, o PSF e o PACS vêm incentivar as ações preventivas, com um caráter mais abrangente do que a clássica, contribuindo para a implementação e sedimentação dos preceitos discutidos durante o movimento sanitário brasileiro.

“O que vale hoje, como a ética da urgência, é encontrar um jeito de operar essa agenda [nacional de saúde], e que essa operação acabe de vez com a ‘eterna’ agonia: das iniquidades e descuido com a saúde das famílias. Dito de outra forma, é necessário enfrentarmos a construção de um modelo de atenção à saúde em novos paradigmas, uma vez que as barreiras que bloqueiam a eficácia de tais investimentos parecem intransponíveis, fortalecidas pela forma de organização da assistência médica, hospitalar e ambulatorial vigente no País.” (SOUSA, 2001b, p. 26-27).

## 8. LIDERANÇA

A liderança é tão antiga quanto a socialização do homem, uma vez que a própria sobrevivência exigiu que as pessoas se aglomerassem e se organizassem para que cada membro assumisse uma função específica. Essa liderança “familiar” deu origem, ainda na antiguidade, a grandes símbolos. Eram profetas, sacerdotes, chefes, reis ou outras figuras de poder. BASS e STOGDILL’S (1990, p. 3) coloca que, desde os primórdios da civilização, o estudo da história tem sido o estudo dos líderes e que este esforço apresenta relação com todo o desenvolvimento das ciências sociais. Muitos exemplos podem ser encontrados através dos tempos, seja do mundo Ocidental ou Oriental. Existem hieróglifos egípcios, escritos há mais de 5.000 anos, que simbolizam a relação de liderança, o líder e o subordinado. Da mesma maneira, há registros na China antiga sobre a responsabilidade social dos líderes.

Na administração, como não poderia deixar de ser, o exercício da liderança também se tornou um tema constante ao longo dos anos. E continua atual devido à diversidade de aplicações e leituras do assunto sobre o nosso cotidiano, mesmo que represente, por vezes, um campo arenoso, por tratar de assuntos ligados às ciências do comportamento, nem sempre tangíveis e mensuráveis.

Tamanho conteúdo, extensão e diversidade fez com que o termo “liderança” se tornasse um vocábulo vazio em significado. Muitos autores definem “liderança” através das funções do líder; outros utilizam características, traços de sua personalidade. Mesmo aqueles que arriscam a uma única definição compõem vários aspectos da liderança num único conceito.

No livro “Leadership in Organizations”, Yukl faz referência à uma vasta lista de definições coletadas em sua revisão sobre o tema (YUKL, 1995, p. 2-3):



- “1. Liderança é o ‘comportamento de um indivíduo quando está dirigindo as atividades de um grupo em direção a um objetivo comum’ (Hemphill & Coons, 1957, p. 7).
2. Liderança é ‘um tipo especial de relacionamento de poder caracterizado pela percepção dos membros do grupo no sentido de que outro membro do grupo tem o direito de prescrever padrões de comportamento na posição daquele que dirige, no que diz respeito à sua atividade na qualidade de membro do grupo’ (Janda, 1960, p. 35).
3. Liderança é ‘influência pessoal, exercida em uma situação e dirigida através do processo de comunicação, no sentido do atingimento de um objeto específico ou objetivos’ (Tannenbaum, Weschler & Massarik, 1961, p. 24).
4. Liderança é ‘uma interação entre pessoas na qual uma apresenta informação de um tipo e de tal maneira que os outros se tornam convencidos de que seus resultados...serão melhorados caso se comporte da maneira sugerida ou desejada’ (Jacobs, 1970, p. 232).
5. Liderança é ‘o início e a manutenção da estrutura em termos de expectativa e interação’ (Stogdill, 1974, p. 411).
6. Liderança é ‘o incremento da influência sobre e acima de uma submissão mecânica com as diretrizes rotineiras da organização’ (Katz & Kahn, 1978, p. 528).
7. Liderança é ‘o processo de influenciar as atividades de um grupo organizado na direção da realização de um objetivo’ (Rouch & Behling, 1984, p. 46).”

Embora os enfoques tenham sido dados de formas diferentes por estes vários autores, todos são unânimes em colocar a liderança como uma relação entre pessoas, onde uma (o líder) influencia o pensamento/comportamento das demais (os seguidores). Segundo BASS e STOGDILL’S (1990, p. 19), a liderança ocorre na interação de duas ou mais pessoas, normalmente envolvendo estruturação ou reestruturação de uma situação ou de percepções e expectativas dos membros. Diferentemente de algumas teorias, estes autores aceitam que, embora os líderes sejam os agentes potenciais de mudança, estes também são influenciados por seus subordinados. Ou seja, a diferença é que seus atos afetam outras pessoas, mais do que o contrário. Algumas pequenas ampliações desta matriz têm ocorrido principalmente nas duas últimas décadas, mas os elementos principais parecem se manter.

De qualquer forma, “algumas definições são mais utilizadas do que outras, mas não existe uma definição ‘correta’. [...] É melhor usar os vários conceitos de liderança como fontes de diferentes perspectivas em um mesmo fenômeno complexo, multifacetado” (YUKL, 1995, p. 5).

A liderança envolve tantas dimensões que torna-se impossível colocá-las sob uma única ótica. Ela pode ser estudada, por exemplo, sob o foco da sobrevivência das organizações, da persuasão dos subordinados, da indução de consensos, da interação entre as pessoas, do exercício de influências, do encaminhamento de processos em grupo, da formação da personalidade coletiva. Todas essas facetas compõem, de forma variada, o exercício da liderança e qualquer análise implica em observar como elas se agrupam na infinidade de composições possíveis. Outro ponto bastante explorado nos textos sobre liderança é o seu reflexo quando utilizada como instrumento para atingir resultados ou como estopim para mudanças.

Por isso, várias são as teorias e os modelos usados para subsidiar os estudos de liderança através dos anos (anexo 04).

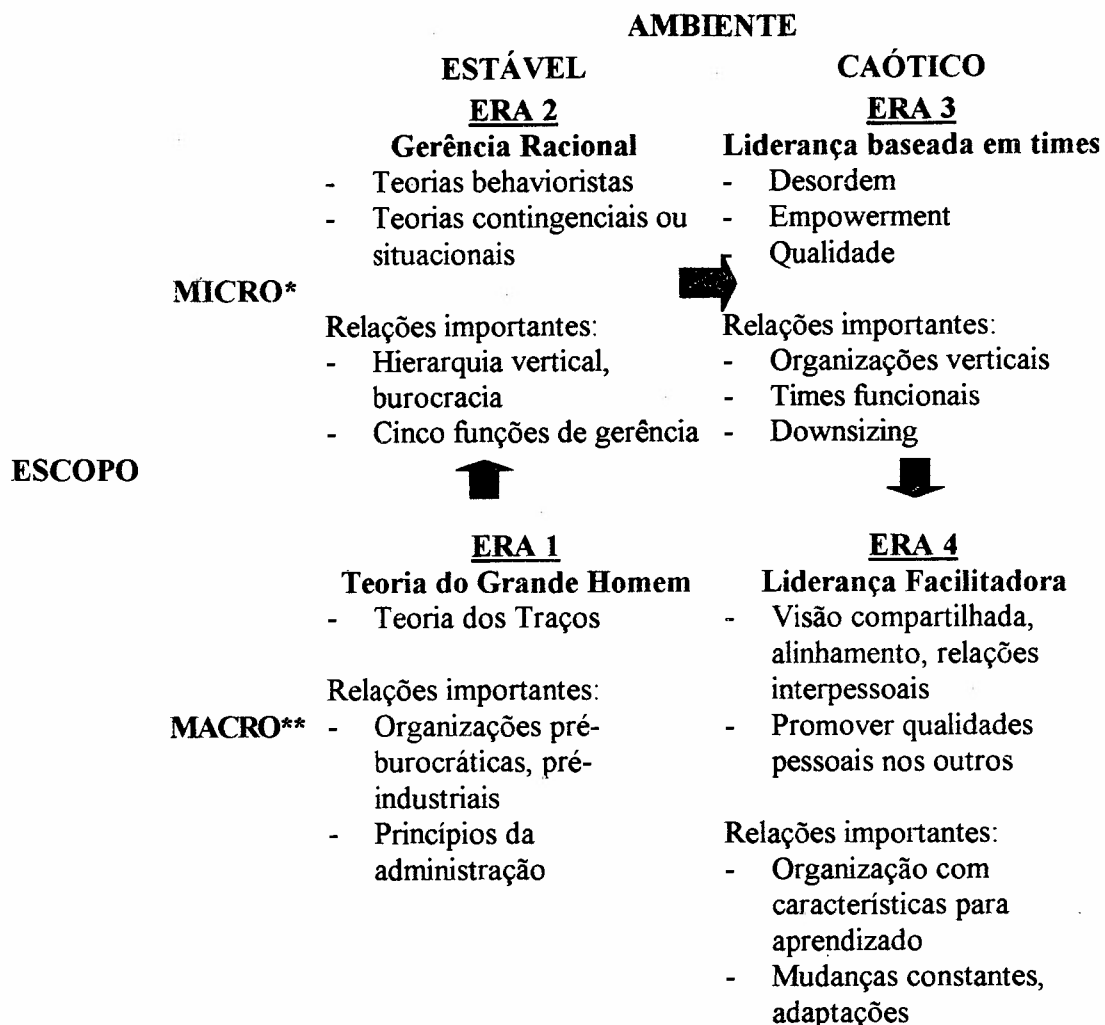
A liderança representa, hoje, muito mais do que um instrumento capaz de fazer com que os subordinados apresentem resultados desejados pela organização. O simples fato dos autores concordarem que a liderança se estabelece a partir do vínculo, da relação entre duas ou mais pessoas não garantiu, desde o início do século, que o fator humano fosse considerado em toda a sua importância e complexidade. Aponta McGregor, na década de 1950:

“[...] o problema central gira em torno da hipótese de o comportamento humano lograr ser explicado em termos de analogias puramente mecânicas, ou se é necessário presumir a existência da influência de ‘forças’ que poderão ser independentes da lei física. (...) A prática administrativa conduz à afirmativa tácita de que motivar o pessoal para trabalhar é um problema ‘mecânico’.”(McGREGOR, 1973, p. 176).

Vários foram os movimentos no estudo do tema, desde as pesquisas de condicionamento e controle até as reflexões sobre o exercício da liderança transformacional, e todos eles contribuíram para que hoje se acumulasse o que se sabe sobre a liderança.

Daft divide a evolução da liderança em quatro eras diferentes e relaciona estes períodos a alguns marcos da administração. Essa descrição histórica encontra-se esquematizada a seguir (DAFT, 1999, p. 46-51):





\* O escopo micro refere-se à relação entre líderes e situações/indivíduos específicos.

\*\* O escopo macro transcende indivíduos, grupos e situações específicas, fazendo seu foco em comunidades e organizações inteiras.

## I. Era 1 – Teoria do Grande Homem

As organizações eram, em sua grande maioria, menores e as relações de trabalho se estabeleciam normalmente por laços familiares e não por qualidades e habilidades pessoais. Assim, era mais factível existir uma só pessoa que, num ambiente mais estável, conseguia coordenar todos os processos administrativos, cujos princípios começavam a ser traçados.

Nesta época surgiu também a Teoria do Grande Homem, que preconizava a existência de grandes “heróis”, capazes de desenvolver visões e estratégias em grandes massas, além de motivar estas pessoas a atingir esta visão. Foram, então, estudados seus traços de personalidade para que pudessem ser identificados líderes potenciais.

Na Teoria dos Traços, o líder possui qualidades superiores que o diferenciam dos demais. Pelo fato dessas qualidades serem inatas, torna-se impossível a formação de líderes que não tenham nascido com tais e quais características. Este enfoque predominou até a década de 1940. Segundo BERGAMINI (1994, p. 31-32),

“a liderança estava sendo considerada simplesmente como um somatório de características pessoais, não se cogitando da interdependência que pudessem manter entre si. Foi pintado um retrato do tipo ideal partindo-se de características típicas a muitas personalidades de diferentes indivíduos, sem se estudar a viabilidade da coexistência delas num só indivíduo. Parece mais tratar-se de um estudo a respeito daquilo que o bom líder deve ser do que daquilo que realmente ele é.”

## II. Era 2 – Gerência Racional

Nesta época, embora o ambiente continue mais estável, as empresas começam a tomar grandes proporções. Assim, começa a ser necessário a criação de regras e padronização de procedimentos para garantir um alto nível de eficiência e são desenvolvidos os níveis hierárquicos. Não se espera dos empregados que eles pensem por eles mesmos, mas que eles atuem sob normas específicas. O gerente, então, ganha as funções de dirigir e controlar, porque tudo neste período pode ser medido e analisado.

Nesta época, as teorias de liderança buscam aprender como tornar as empresas mais produtivas. Surgiram então, as teorias *behavioristas*, que exploravam o comportamento do “líder” para que os subordinados se tornassem mais eficientes<sup>10</sup>, e as Teorias com Base nos Estilos de Liderança, a partir dos anos 50. Essas teorias passam a enfocar mais a dinâmica de comportamento do líder em detrimento de suas características pessoais. Desta forma, tentam identificar os tipos de comportamento que os líderes podem vir a apresentar.

Por volta de 1970, em oposição direta às teorias dos traços, surgiram as teorias contingenciais ou situacionais, que preconizavam que os contextos, as situações, é que determinavam o aparecimento dos líderes. Portanto, um líder é o resultado de tempo, lugar e circunstância. Uma evolução natural da discussão sobre o tema foi

<sup>10</sup> Normalmente, ao realizar essa tarefa, abriam mão de artifícios para condicionamento dos subordinados.

associar os dois grupos e teorias, afirmando que deveria haver, portanto, uma combinação entre o contexto e as características pessoais para o exercício da liderança.

### III. Era 3 – Liderança Baseada em Times

Com o Japão desenvolvendo a liderança baseada em times e dominando o mundo comercial com produtos de alta qualidade, as teorias da administração foram revistas. Assim surgiram movimentos como o *downsizing*<sup>11</sup>, a prerrogativa de fazer mais com menos e a necessidade de conseguir maior motivação dos empregados. A hierarquia horizontal passou a ser uma grande tendência, exercida através de liderança de projetos e formação de times. O *empowerment*<sup>12</sup> era a ordem.

Porém, essas novas tendências tiveram grandes dificuldades de implementação pois vários gerentes estavam presos às ordens ditadas pela Era 2.

### IV. Era 4 – Liderança Facilitadora

Para se adaptar ao mundo em constante mutação, cada pessoa na organização tem que passar a se envolver de forma que identifique e resolva problemas que venham surgindo. Os líderes passam a estimular seus subordinados a partir de uma visão compartilhada, modelando uma cultura que permita atingi-la. As pessoas compartilham valores, propósitos e informações. Essa liderança exige que as qualidades pessoais do líder sejam desenvolvidas de forma a estimular o afloramento das qualidades pessoais dos subordinados.

Neste sentido, afirma BERGAMINI (1994, p. 118) que “teóricos e pesquisadores mais atuais que estudam cultura organizacional propõem que as organizações sejam na sua essência realidades socialmente construídas, que estão muito mais nas cabeças e mentes de seus membros do que explicitadas em conjuntos concretos de regras e formas específicas de relacionamento”.

Como pudemos perceber, todas as eras foram importantes para construir o arcabouço teórico da liderança. E a divisão entre elas não é tão clara como pode parecer.

<sup>11</sup> Fazer uma companhia melhor reduzindo o número de funcionários (LONGMAN, 1997, p. 229).

<sup>12</sup> Dar a alguém o poder ou o direito de fazer algo (LONGMAN, 1997, p.249).

Podemos identificar uma miscelânea de todos os períodos em nosso cotidiano, embora as eras 3 e 4 pareçam estar mais presentes, na tentativa de responder às necessidades das pessoas, líderes e subordinados, e das organizações. O que parece ser consenso entre os pesquisadores atuais é que a liderança consiste em um “processo de influência”<sup>13</sup> social que ocorre naturalmente num sistema social e que é compartilhado entre seus vários membros” (YUKL, 1995, p. 3), onde quem influencia mais do que é influenciado é denominado líder, enquanto os demais, subordinados ou seguidores.

Já houve um tempo na história em que a avidez cega do homem por dinheiro (LORENZ, 1988, p. 36) fez com que as recompensas fossem capazes, por si só, de estabelecer um vínculo de trabalho entre as pessoas. Neste período, como pudemos ver anteriormente, o exercício da influência do líder sobre os subordinados era calcado na satisfação do subordinado em receber suas gratificações financeiras ou outros fatores de motivação extrínsecos. Esta tendência comportamentalista fez surgir também os estudos de liderança transacional, reforçando a idéia de que simples trocas entre líderes e subordinados eram capazes de direcionar e controlar o comportamento dos últimos.

McGregor, na década de 1950, já apontava para o abuso no uso exclusivo de fatores de motivação extrínseca. Colocava: “O homem tem sido considerado um corpo físico em descanso que requer a aplicação de uma força externa para se por em movimento – que o motive para o trabalho. Conseqüentemente, as recompensas e os castigos extrínsecos são as ‘forças’ naturais e apropriadas que deverão ser utilizadas no controle organizado do esforço humano” (McGREGOR, 1973, p. 176).

Parte dessa ansiedade dos pesquisadores foi sendo sanada à medida que o subordinado passou a ser visto e estudado sob um novo aspecto: o de um elemento ativo no estabelecimento e manutenção da relação de liderança, e que possui necessidades, expectativas e percepções que também devem ser consideradas. Na verdade, é esse lado da moeda que permite e determina que o exercício da liderança se concretize entre as partes. Sem o “consentimento” consciente ou inconsciente dos subordinados, a relação entre as partes não passa de uma convivência superficial, sem trocas substanciais ou resultados relevantes.

KOUZES e POSNER (1991, p. 127) citam que os líderes devem “desenvolver metas colaborativas e relacionamentos cooperativos entre colegas”. Para que isso ocorra de forma natural, o líder tem que ser visto por seus seguidores como

---

<sup>13</sup> Segundo YUKL (1995, p.194), a influência é um conceito intuitivo, mas de modo geral pode ser traduzido pelo “efeito de uma parte (o “agente”) sobre outra (o “objeto”).

alguém que vai fazê-los atingir um objetivo ou livrá-los de problemas (BASS, 1965, p. 143). As mudanças sempre ocorrem no sentido de reduzir as insatisfações. Se todos estão satisfeitos, nada ocorre (BASS, 1965, p. 141).

No processo de busca da satisfação, “o ato principal do líder é estimular pessoas a tomarem consciência do que sentem, definir seus valores de forma significativa, de forma que possam desenvolver ações com propósitos” (BURNS, 1978, p. 44). De forma ideal, o líder deve funcionar, para os subordinados, como um agente facilitador do conhecimento de suas próprias necessidades (BERGAMINI, 1994, p. 92). Só a construção da realidade a partir das necessidades e expectativas de cada um dos partícipes, seja líder ou subordinado, é que garante um novo sentido para cada decisão, para cada ato ou comportamento, permitindo a promoção dos fatores de motivação intrínsecos. Se as pessoas não vêem sentido naquilo que fazem, é improvável que mantenham o comportamento de forma autêntica e autônoma. “Quando a visão de um líder interessa às necessidades de crescimento pessoal e auto-realização dos subordinados, estes têm maior probabilidade de assumir mais responsabilidades e empenhar-se mais” (BASS e AVOLIO, in CONGER, 1991, p. 135). As pessoas necessitam de visão e valores para sua auto-motivação e a figura do líder deve revitalizá-los a cada momento, proporcionando uma potencialização dos resultados (BASS e STOGDILL’S, 1990, p. 7-9). BENNIS e NANUS (1988, p. 18) reforçam a afirmativa acima colocando que “a liderança é o que dá a uma organização sua visão e capacidade para transformar essa visão em realidade”. Os líderes não fazem nada sozinhos, portanto, trabalhar o sentido das pessoas significa um grande salto qualitativo no exercício da liderança.

“Propondo como viável que a valorização daquilo que está fora do indivíduo seja feita a partir de suas expectativas interiores, caberá a ele ressaltar, na pessoa que está sendo objeto de sua percepção, aquilo que suas necessidades pessoais apontam como fatores complementares a essas necessidades. O percebido estará, portanto, à mercê de carências internas, buscando no mundo fora dele aquilo que poderá fazer sentido em termos do atendimento de tais necessidades.” (BERGAMINI, 1994, p. 135).

A percepção de si mesmo e dos outros consiste em fator decisivo para a efetividade do processo de liderança, tanto da parte do líder como da parte dos subordinados. Para isso, o auto-conhecimento é determinante. Sem que haja o

conhecimento aprofundado de nossas necessidades, expectativas e valores, facilmente transportamos essa bagagem para os subordinados, como se estes obrigatoriamente e automaticamente sentissem e agissem segundo a nossa lógica de mundo. O resultado imediato disto é uma perda da confiança dos subordinados em seu líder, o que compromete toda a qualidade do relacionamento entre eles. O mesmo ocorre em sentido oposto. Bergamini coloca que “devido a características intrínsecas de personalidade tanto de quem vê o outro, como de quem é visto, a realidade das pessoas é, com frequência não exata”. Isto terá reflexo no relacionamento e no vínculo social (BERGAMINI, 1994, p. 140).

Apesar disso, os líderes devem visualizar-se de forma positiva (BENNIS e NANUS, 1988, p.52-54). Essa auto-consideração positiva se transmite para seus subordinados fazendo ativar sua motivação. O líder tem mais sucesso quando ele é percebido pelos subordinados como efetivo potencial de sucesso (BASS, 1965, p. 143). O líder desafia, inspira, capacita, modela, encoraja (KOUZES e POSNER, 1991, p.1), busca oportunidades, experimenta e assume riscos, pressente o futuro, fomenta colaboração, fortalece outras pessoas, dá exemplo, planeja pequenas vitórias, reconhece contribuições individuais e comemora realizações (KOUZES e POSNER, 1991, p. 12-13). Ele é mais receptivo à novas idéias e métodos, reconhece novas responsabilidades, desenvolve um melhor entendimento dos problemas, aprende como organizar o pensamento de um grupo e aprende a expressar suas atitudes (STANDARD OIL, in BASS, 1965, p. 104). Crosby coloca que “[os líderes] devem ser capazes de compreender rapidamente as situações, examinar uma grande quantidade de dados sem muito problema, ver mais longe do que os outros e principalmente ser capaz de traduzir pensamento em ação” (CROSBY, 1991, p. 115). GIBB, PLATS e MILLER (in BASS, 1965, p. 104) acrescentam: devem coordenar, ter iniciativa, definir atividades do grupo, dar direção para a ação, estabelecer padrões, alocar responsabilidades, interpretar regras, ajudar e informar outros indivíduos, encontrar e coletar informação e exercitar o controle por sugestão. Essa descrição coincide com a descrição que COVEY (1994, p. 7-14) faz dos “líderes baseados em princípios”: estão continuamente aprendendo, voltados para o serviço, irradiam energia positiva, acreditam nas outras pessoas, suas vidas são equilibradas, encaram a vida como uma aventura, são sinérgicos e exercitam-se para a auto-renovação.

Com todas essas atribuições, não é a toa que os líderes foram estudados inicialmente como os grandes homens da história, verdadeiros heróis da humanidade.



Com o passar do tempo, os líderes se tornaram “mortais” mas nem por isso perderam “seus grandes poderes”. Eles continuam representando figuras de destaque, capazes de ocasionar grandes movimentações no cotidiano das pessoas e das empresas. Assim, suas características continuam a serem listadas por diversos autores de liderança.

Para LAIRD e LAIRD (1950, p. 10-35), líderes são pessoas ativas, vivas, encorajam os outros, são positivas, falam de sucesso, são diretas, excitantes, além de serem progressistas e tolerantes (LAIRD e LAIRD, 1950, p. 116-132). São criativos, assumem riscos (BENNIS, 1990, p. 18), mas, acima de tudo, são sempre aprendizes (KOUZES e POSNER, 1991, p. 273). CROSBY (1991, p. 3-10) ainda cita serem éticos, disponíveis, determinados, confiáveis, sensatos, humildes e agradáveis.

Para CONGER (1991, p. 32-134), o líder é como um ídolo, ao qual todos têm que se assemelhar porque só a identificação traz a internalização de valores. Por isso, esses processos são regados a grandes doses emocionais, sem as quais as relações ficariam prejudicadas. Os seguidores têm necessidade de serem “aprovados” pelo líder (CONGER, 1991, p. 135).

Cabe aqui ressaltar a diferença entre o líder e o gerente. De forma geral, “os gerentes são orientados para a estabilidade e os líderes, para a inovação; os gerentes querem que as pessoas façam de modo mais eficiente, enquanto líderes querem que as pessoas concordem sobre o que deve ser feito” (YUKL, 1995, p. 4). Segundo BERGAMINI (1994, p. 79), “o ingênuo chefe estará à procura de regras de como motivar o novo funcionário, enquanto que o líder eficaz estará atento para que a riqueza contida nas necessidades de cada um não seja drenada e se perca, talvez para sempre”. Desta forma, o líder se diferencia em se preocupar com a identificação e promoção do afloramento de necessidades que potencializam o estímulo motivador em cada subordinado.

Embora essas duas posturas sejam completamente diferentes na prática, elas coexistem na mesma pessoa, em graus diferentes. Vários autores compararam o comportamento desses dois estilos (anexo 05), mas sempre com esse mesmo direcionamento.

Yukl coloca que, muitas vezes, os pesquisadores tratam a liderança e a gerência como processos diferentes, mas que esta decisão é, além de desnecessária, arbitrária, pelo modo simplista como é realizada (YUKL, 1995, p. 18), afinal, essas posturas não são mutuamente exclusivas.

BENNIS (1990, p. 19-21) identifica quatro competências dos líderes: gerência por atenção; gerência por significado; gerência por verdades e gerência do *self*.

Ele define como sendo “gerência por atenção” a criação de uma visão para os subordinados, transmitindo senso de produção, objetivos ou direção. Segundo BENNIS e NANUS (1988, p. 75) “para escolher uma direção, primeiramente o líder deve ter desenvolvido uma imagem mental de um estado futuro possível e desejável da organização. Esta imagem, que chamamos de visão, pode ser tão vaga quanto um sonho ou tão precisa quanto o estabelecimento da meta ou missão”.

A “gerência por significado” consiste na comunicação desta visão. O processo de comunicação do líder para com os subordinados também é alvo de muitos estudos de liderança por causa da especificidade como é realizada. Esta transmissão de mensagem é tão carregada de apelos emocionais e envolvido pelo carisma do líder que tudo torna-se possível, sem obstáculos.

A “gerência pela verdade” se dá quando o líder é transparente e constante. Isto impacta diretamente na relação de confiança entre líderes e seguidores, essencial para o estabelecimento da liderança transformacional, como veremos adiante.

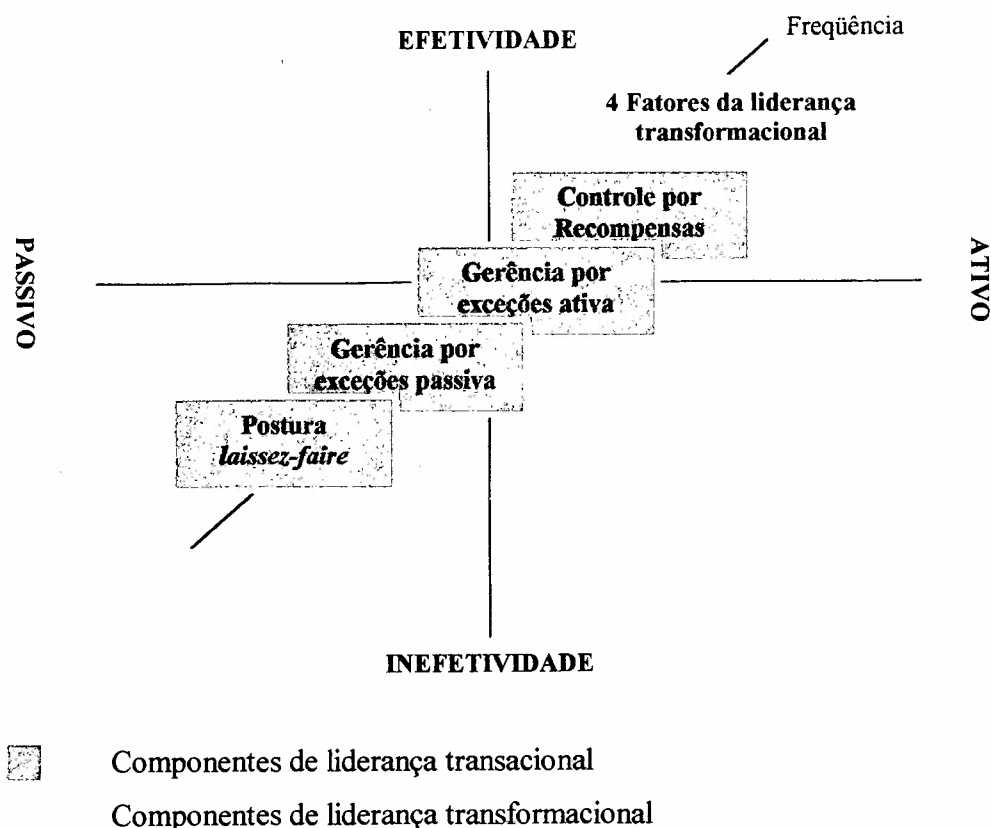
Na “gerência do *self*”, os líderes conhecem os pontos fortes de cada subordinado e exploram esses pontos, cuidando para que não ocorram iatrogenias. Em relação a este item, BERGAMINI (1994, p. 145) coloca que “o vínculo da liderança só ocorrerá de maneira produtiva quando as ações do líder forem ao encontro das expectativas do subordinado e vice-versa”.

“O líder não trabalha com ferramentas e materiais – ele trabalha com pessoas” (LAIRD e LAIRD, 1950, p. 5).

Autores como Burns e Bass distinguem a liderança em dois tipos básicos: a transacional e a transformacional. Só uma composição adequada desses dois componentes é capaz de potencializar a mudança de comportamento do subordinado, sem que este se viole nesta mudança. Segundo Bass, há dois modos do líder mudar o comportamento do subordinado: mudando seu padrão de motivação ou mudando suas modalidades habituais de resposta. A alteração da motivação se dá através de novos objetivos ou de uma nova percepção e/ou valorização das punições e recompensas. Por sua vez, a mudança de resposta do subordinado pode ser configurada através das mudanças de significados ou em suas percepções (BASS, 1965, p. 91-96).



BASS (1998, p. 7) ainda propõe haver uma composição ótima para o exercício da liderança, através do qual conseguiríamos melhores resultados em relação aos subordinados. O esquema é reproduzido à seguir:



No entanto, faz a observação de que a ocorrência e efetividade das lideranças transacional e transformacional dependem, em alguma extensão, “do ambiente, da organização, das metas e objetivos envolvidos e da distribuição de poder entre líderes e subordinados” (BASS, 1998, p. 61). Portanto, admite-se que a composição ideal pode apresentar variações daquela proposta acima.

É neste ponto que os estudos de liderança fazem sua ponte mais importante com esse trabalho. A compreensão da relação entre equipe de saúde e famílias assistidas é essencial para potencializar o trabalho de cada integrante das equipes, de cada líder anônimo que atua sobre a dinâmica social daquelas famílias. Precisamos aprender a ler a história de cada profissional dentro da história de cada uma das pessoas assistidas por eles. Precisamos refletir sobre as mudanças positivas no comportamento desses pacientes atentando para que cada alteração ocorra de forma autêntica e autônoma, dentro dos preceitos de corresponsabilização sobre sua saúde e controle da doença. E,

enfim, é no Programa de Saúde da Família que todos estes aspectos ganham ainda maior visibilidade.

Nos próximos dois itens trabalharemos cada um dos componentes mencionados acima.

## 9. MOTIVAÇÃO

O tema “motivação” sempre guardou estreita relação com as abordagens sobre “liderança”. E por isso, em vários momentos deste texto, os conceitos e conteúdos destas teorias se confundem. Neste sentido, eles se relacionam e se complementam através dos tempos. Ao mesmo tempo que a liderança discutia as teorias *behavioristas*, por exemplo, a motivação estudava os chamados fatores de motivação extrínsecos, que serviram de substrato teórico para a aplicação das teorias comportamentais. Eram objetos de investigação, tanto as recompensas e punições, como os mecanismos utilizados para operacionalizá-los. Ainda é comum nas empresas as estratégias de participações no lucro ou as premiações aos melhores funcionários do ano. No início da década de 1970, McGregor já colocava que “o homem tem sido considerado como um corpo físico em descanso que requer a aplicação de uma força externa para se por em movimento – que o motive para o trabalho. Conseqüentemente, as recompensas e os castigos extrínsecos são as forças ‘naturais’ e apropriadas que deverão ser utilizadas no controle organizado do esforço humano” (McGREGOR, 1973, p. 176). E complementarmente, que

“no último meio século as condições impostas pela teoria da organização convencional e pela abordagem da administração científica vincularam os homens as funções limitadas que não aproveitaram suas aptidões, não incentivaram o reconhecimento de suas responsabilidades, estimularam a passividade ou eliminaram o significado do trabalho. Os hábitos, as atitudes e as esperanças do homem [...] foram condicionados por sua experiência em tais circunstâncias.” (McGREGOR, 1973, p. 14).

A reação contra esta tendência foram os estudos de uma nova vertente da liderança, a da liderança transformacional, e as discussões sobre os fatores de motivação intrínsecos. Segundo Lorenz, “todo aprendizado de um modo de comportamento obtido através de recompensas leva o organismo a se conformar com um desprazer imediato a favor de um ganho de prazer futuro, ou seja, de aceitar sem reação situações de estímulo de tal natureza que, sem a precedência do aprendizado, provocariam reações de aversão e inibição.[...] O organismo não pode permitir pagar um preço que não compense. [...] Os princípios opostos de recompensa e castigo, de prazer e desprazer, existem para

manter o equilíbrio entre o preço a pagar e o ganho a obter, e a intensidade de cada um oscila de acordo com a situação econômica do organismo” (LORENZ, 1988, p. 41-42). Profissionais da saúde, no tratamento de algumas patologias de natureza aguda, utilizam-se deste mecanismo para que os pacientes adotem novos hábitos por um período de tempo determinado. O fato de conhecer a importância e o caráter temporário da modificação de comportamento, além dos resultados que podem ser alcançados, podem servir de fatores de motivação para que as pessoas obedeçam as recomendações médicas. Desta forma, o sofrimento presente reflete numa recompensa futura de maior liberdade de comportamento, podendo voltar a adotar hábitos antigos. Porém, esse ganho futuro não é possível quando as modificações de comportamento devem se perpetuar por toda a vida das pessoas.

O movimento das décadas de 1980 e 1990 ocorreu no sentido oposto ao mecanicismo das superficialidades, na tentativa de resgatar valores, crenças e vontades pessoais, e incentivando a auto-motivação dos subordinados. Porém, quando realizamos a transposição daquilo que é externo, tangível e objetivo, para aquilo que, inversamente, é interno, intangível e subjetivo, geramos um ambiente de menos domínio das variáveis determinantes. É mais fácil estabelecer regras claras de “como fazer feliz seus subordinados” e acreditar que as premiações (ou os castigos) são suficientes para garantir o comportamento desejado, do que admitir que o objeto de trabalho dos líderes passa a ser algo tão abstrato - o interior dos indivíduos. As dificuldades são derivadas tanto da diversidade de situações como do processo de reconhecimento das vontades, que também podem mudar a cada instante. “São suas carências interiores, suas necessidades não atendidas que o colocam em movimento à busca daquilo que no meio ambiente possa lhe ser oferecido como fonte e fator de satisfação restabelecendo, assim, o equilíbrio rompido pela falta de saciação dessas necessidades. Uma ação externa pode condicionar comportamentos ao nível da vida reflexa, mas não tem o poder de motivar intrinsecamente as pessoas” (BERGAMINI, 1994, p. 90). A ação externa pode, sim, desencadear um processo de transformação de valores e crenças que faça com que se ressalte outras necessidades, não percebidas até então. É essa mudança que pode motivar intrinsecamente as pessoas e desencadear a adoção de novos hábitos no cotidiano. Desta forma, o interesse nas compensações intrínsecas ocorre em detrimento àquele relacionado às compensações extrínsecas (KOUZES e POSNER, 1991, p. 42-43).

Ninguém motiva ninguém. As pessoas só podem ser motivadas por elas mesmas a partir de suas crenças e necessidades sentidas. É, por exemplo, nos episódios de internação por crises hipertensivas, que os fatores de satisfação e contra-satisfação fazem com que os cuidados sejam considerados como necessidades primárias por um determinado período. Com o tempo, as prioridades dos portadores tendem a se tornar outras e estes mesmos cuidados correm o risco de serem negligenciados. Ninguém mantém um comportamento que não seja compatível com aquilo que acredite ou sinta e por isso a utilização exclusiva dos mecanismos de liderança transacional, neste sentido, é insuficiente.

O líder pode e deve colaborar para que os próprios subordinados redescubram suas necessidades a cada dia, transformando-as em um comportamento saudável, capaz de proporcionar-lhes qualidade de vida.

## 10. LIDERANÇA TRANSACIONAL

A história da liderança transacional tem muita relação com a Teoria do Caminho-Objetivo, onde o líder era a figura responsável por esclarecer sobre os objetivos gerais a serem atingidos pelo grupo e sobre os benefícios a serem recebidos por eles quando alcançassem esses objetivos, através do caminho apontado pelo líder. Esses benefícios podem ser colocados em termos tangíveis ou não, como aponta Burns.

O que se vislumbra na liderança transacional são os processos eficientes e os resultados atingidos. Desta forma, ao “motivar” o subordinado a comportar-se de determinada maneira, não existe uma preocupação real com seus processos internos ou em elevar seus níveis de necessidade para a busca da auto-satisfação, por exemplo. Trata-se de uma linha de mão única, onde o líder acaba por determinar a conduta dos subordinados.

Por ser mais visível e teoricamente de fácil controle, a liderança transacional continua sendo a mais freqüente nas organizações. Estudos recentes em liderança depõem a favor da importância do método, mas ressaltam a necessidade de que seja aliada à chamada liderança transformacional para que seus resultados sejam potencializados (BASS, 1998, p. 59-61). Bass chega a colocar a necessidade de que os dois tipos de liderança sejam exercidos pelo mesmo líder concomitantemente, de acordo com as situações, para que líderes e subordinados atinjam seus mais altos graus de motivação e satisfação pessoal.

Os componentes preponderantes nesse tipo de liderança são o controle por recompensas, a gerência por exceções e a postura *laissez-faire* (BASS, 1998, p. 6-7).

### I. Controle por recompensas

O controle por recompensas foi, por muito tempo, tido como o verdadeiro fator motivacional dos subordinados para a execução de suas tarefas. Consiste no estabelecimento de prêmios ou recompensas ao subordinado caso os objetivos sejam atingidos. Sua base tem origem nos estudos *behavioristas* de motivação.

Um foco bastante importante na utilização do controle por recompensas é que o subordinado receba vários *feedbacks* durante o processo para monitorar, a si

mesmo, sobre seu desempenho. O grande problema é que, apesar dos “líderes” acharem que estão dando este retorno aos seus subordinados, eles não o fazem, ou os subordinados não fazem esta leitura (BASS, 1985, p. 131) e isso pode ser um fator contra-producente.

Esses estudos acabaram gerando também os famosos programas de incentivo em muitas empresas. Porém, Bergamini aponta em seu livro alguns outros problemas gerados por esses programas de incentivo sem, no entanto, desmerecer a utilidade da liderança transacional. Coloca a autora (BERGAMINI, in BERGAMINI e CODA, 1997, p. 75-76):

- “Ao condicionar as pessoas com recompensas pelo trabalho feito, surge uma reação imediata positiva. [...] Essa reação positiva parece ter curta duração, persistindo algumas vezes até a segunda ou terceira premiação no máximo. Após esse período, recompensas que foram até então consideradas como prêmios passam a fazer parte daquilo que se julga obrigação por parte de quem distribui a premiação.
- Essa premiação sofre o efeito de sua transitoriedade. O bem representado pela premiação precisa ser substituído por outro mais valioso e a gratificação em espécie deve sofrer aumento significativo a cada vez que for repetida [...].
- [...] Quando as pessoas se percebem não fazendo mais jus a um direito anterior que julgam ter adquirido, vêm-se diante de circunstâncias que geram grande insatisfação. [...] Quando as pessoas não se sentem mais premiadas, muito naturalmente se julgarão punidas.
- Uma sensação de injustiça e inequidade passa a fazer parte da predisposição atitudinal daqueles que não foram premiados. É difícil e complicado conseguir encontrar critérios tão objetivos que permitam aos pretendentes a premiação sentirem segurança a respeito daquilo que em seu comportamento foi premiado, ou de que falha da sua parte redundou em merecimento de punição [...].”

Como podemos perceber, a utilização do controle por recompensas é extremamente útil na administração, mas exige cuidados para que seja utilizado.

## II. Gerência por exceções

A gerência por exceções está muito ligada ao *feedback* negativo, uma vez que nesta modalidade de liderança transacional as premiações são substituídas pelas punições, quando necessário.

Nela, o líder exerce basicamente a função de um supervisor, cuja função é controlar o desenvolvimento dos subordinados. Caso ocorra um comportamento insatisfatório do subordinado, o líder utiliza mecanismos de repreensão que vão desde uma simples conversa até punições, como a perda do seu emprego. Regras básicas cercam sua utilização:

- Devem sempre ser acompanhadas de palavras de apoio ao comportamento futuro do subordinado: “Sei que isso não vai mais ocorrer e por isso achei melhor conversar com você agora”.
- Nunca deve ser percebida como uma repreenda ao subordinado em si, mas ao fato isolado que gerou a conversa.

Mesmo seguindo todas essas recomendações, seu resultado é praticamente nulo quando comparado ao “Controle por Recompensas”.

A “Gerência por Exceções” pode ser dividida entre passiva ou ativa, podendo ser representadas pela “Polícia” e pelo “Bombeiro”. Na gerência por exceções ativa, o líder atua como a “Polícia”, monitorando ativamente os erros e desvios da equipe e tomando medidas corretivas quando necessário. Já na gerência passiva, esse monitoramento não é ativo. O líder apenas age quando os erros ocorrerem. Ou seja, adota-se a postura do “Bombeiro”. Quando o número de subordinados é muito grande, normalmente ocorre uma liderança por gerência por exceções passiva.

## III. Laissez-Faire

Na postura *laissez-faire*, ocorre a completa ausência da liderança. O líder abdica de suas funções e negligencia suas responsabilidades. Por isso, a autoridade não é utilizada. As decisões deixam de ser tomadas, e as ações acontecem de acordo com as decisões dos próprios subordinados, exclusivamente. Não ocorre nenhum tipo de troca entre líder e subordinado. É a mais inativa das modalidades.



Segundo BERGAMINI (1994, p. 112), a liderança transacional se assemelha ao condicionamento, relação esta onde o líder garante o comportamento dos subordinados através de trocas extrínsecas, na grande maioria das vezes.

À medida que foi-se amadurecendo uma discussão em torno dos fatores de motivação intrínsecos, as considerações a respeito destes componentes de liderança também mudaram. Hoje, valoriza-se a cada dia a utilização racional dos fatores de motivação intrínseca, em detrimento da extrínseca. Acredita-se que, com isso, o comportamento dos subordinados passa a ser mais espontâneo, mais autônomo. Seguindo essa tendência, a liderança transacional foi incrementada e considera, hoje, também as trocas intangíveis. Atualmente, ela é ainda considerada interessante em algumas situações específicas, mas sempre associada à liderança transformacional. Resta ao gerente saber quando e como utilizá-la, de modo a não prejudicar a liderança que exerce frente aos subordinados.

## 1.1. LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL

DAFT (1999, p. 9) aponta, no quadro seguinte, uma nova realidade para a qual a liderança deve responder.

### A NOVA REALIDADE DA LIDERANÇA

<b>PARADIGMA ANTIGO</b>	<b>NOVO PARADIGMA</b>
Era industrial	Era da informação
Estabilidade	Mudança
Controle	Empowerment
Competição	Colaboração
Coisas	Pessoas e relacionamentos
Uniformidade	Diversidade

Esta realidade reflete não só em níveis organizacionais, mas nas sociedades como um todo, com repercussões diretas sobre como vemos e interpretamos o que ocorre no nosso interior e à nossa volta. Bennis cita, por exemplo, que estamos em um mundo de mudanças onde todos querem ser seus próprios chefes, o que aumenta a necessidade da existência do líder (BENNIS, 1990, p. 25-30).

Segundo BENNIS e NANUS (1988, p. 3) “o novo líder (...) é aquele que lança as pessoas em ação, que converte seguidores em líderes, e que pode converter líderes em agentes de mudança”. Esse paradoxo, da conversão dos subordinados em líderes, é citado por vários autores como um resultado importante da liderança transformacional. (KOUZES e POSNER, 1991, p. 164; BURNS, in BERGAMINI, 1994, p. 113-114).

Uma vez que o instrumental disponibilizado pela liderança transacional se mostra insuficiente neste sentido, a liderança transformacional se faz cada vez mais importante. Essa modalidade de liderança permite a valorização de cada pessoa dentro do grupo e o estabelecimento de uma interação não somente no sentido líder-subordinado, como também no sentido inverso. A liderança transformacional envolve mais do que mudança de comportamento, envolve mudança de valores, crenças e necessidades dos seguidores (KUHNERT e LEWIS, in BERGAMINI, 1994, p. 114). Dessa forma, o líder transformacional consegue resultados melhores que os originais esperados e que, não raro, ultrapassam as possibilidades iniciais (BASS, 1998, p. 4).

Ao trabalhar com valores, crenças e necessidades, ela exige também um grande auto-conhecimento dos líderes. A visão que temos de nós mesmos afeta não apenas nossas atitudes e comportamentos, mas também nossa visão dos outros. As pessoas acabam acreditando que são exatamente o que os outros acham delas e para mudar têm que despir-se dos estereótipos e redescobrir seus potenciais (COVEY, 1994, p. 36-37). Fatalmente, aquilo que pensamos, nossos próprios anseios e necessidades, são espelhados como necessidades e expectativas dos subordinados. Desta forma, não há uma consideração real daquilo que é sentido pelo subordinado, mas uma “contaminação” das idéias do líder no imaginário do subordinado. Conhecer os valores dos líderes e dos subordinados e saber identificá-los e diferenciá-los se torna essencial, portanto, no exercício da liderança transformacional (BERGAMINI, 1994, p. 115). O líder transformacional conhece de tal maneira seus subordinados em termos de suas necessidades autênticas, que se torna capaz de oferecer oportunidades de satisfações motivacionais (BERGAMINI, 1994, p. 114). Não quaisquer delas, mas principalmente aquelas que respondem às suas necessidades de mais alto nível e assume o seguidor como uma pessoa total (BURNS, in BERGAMINI, 1994, p. 113-114).

BERGAMINI (1994, p. 124) coloca que o carisma é muito importante para a maior eficácia da liderança, ou seja, para que se faça surgir mudanças importantes nas atitudes e crenças dos membros da organização. Sem que se estabeleça um vínculo rico em confiança, admiração e companheirismo, qualquer comportamento do subordinado configura um caso de obediência passiva, sem que ocorra qualquer envolvimento real deste com a realidade, ou seja, sem um crescimento real da figura do subordinado.

Mas quem seria esta pessoa capaz de despertar carisma nas outras pessoas e estabelecer uma liderança efetiva sobre seus subordinados?

O líder carismático freqüentemente está ligado a pessoas fortes, determinadas, que dizem o que pensam e “são capazes de articular objetivos e idéias para os quais seus subordinados estão preparados psicologicamente” (BASS, in CONGER e KANUNGO, 1988, p. 40). São pessoas freqüentemente ligadas à autonomia e auto-suficiência. Afinal, “ninguém se identifica com um indivíduo fraco e submisso, nem está disposto a deixar que ele lhe dite normas de comportamento e muito menos admitir os valores culturais que ele venera. Somente quando amamos alguém profundamente e ao mesmo tempo o admiramos, estamos em condições de adotar a sua tradição cultural” (LORENZ, 1988, p. 81). Segundo Conger, os líderes carismáticos são agentes de mudança, empreendedores, cheios de energia, impacientes, em constante

busca de aprimoramentos, idealizadores e promotores, inflexíveis e exigentes, assumem riscos (CONGER, 1991, p. 4-21); geram nos subordinados “um senso de inquietação e desconforto com o presente” (CONGER, 1991, p. 16); influenciam níveis de criatividade, motivação, comprometimento e entusiasmo dos subordinados (CONGER, 1991, p. XV); além de construir ligação emocional e entusiasmo entre subordinados entre si e entre eles e suas missões (CONGER e KANUNGO, 1988, p. 4).

Este mesmo autor também concorda com outros autores como Avolio e Bass, Howell, Yukl e Van Fleet, quando coloca que “subordinados de líderes carismáticos são mais seguros de si, trabalham mais horas, julgam seu trabalho mais significativo, têm mais confiança em seus líderes e apresentam maiores índices de desempenho” (CONGER, 1991, p. 31).

Segundo BERGAMINI (1994, p. 125), “a liderança carismática é entendida muito mais como o resultado das percepções que os seguidores possuem sobre o líder. [...] Essas percepções o descrevem como alguém que consegue mudar aquilo que é convencional, influenciando os demais pelo fato de conseguir articular suas próprias motivações com as necessidades dos demais”. Por isso, CONGER (1991, p. XVII) coloca que a liderança é considerada proporcional ao carisma percebido pelos seguidores.

O que muda quando a liderança é carismática é que a motivação intrínseca é muito maior que outras recompensas extrínsecas, gerando grande dependência emocional (CONGER, 1991, p. 136-137).

Embora a liderança transformacional possa ter na liderança carismática seu grande componente, podemos perceber que o exercício dessa modalidade de liderança está muito além deste item. Segundo BASS (1998, p. 12), outros quatro elementos são fundamentais (BASS, 1998, p. 5-6):

## **I. Consideração Individualizada**

O líder transformacional considera e aceita as necessidades pessoais de cada subordinado, trabalhando como preceptor para que essas sejam supridas e substituídas por outras novas. Dessa forma, oportunidades de desenvolvimento surgem para que as potencialidades de cada indivíduo no grupo sejam cada vez mais exigidas. Os subordinados ganham cada vez mais autonomia para sua ação – o que lhes proporciona

um grande crescimento – ao mesmo tempo que cabe aos líderes monitorá-los e criar condições para que possam progredir ainda mais. Para que isso ocorra, os dois sentidos da comunicação líder/subordinado devem ser estimulados, promovendo uma interação personalizada com cada membro do grupo.

## **II. Estimulação Intelectual**

A “estimulação intelectual” é feita através da promoção da inovação e da criatividade. Nesse momento, a discussão a respeito de pressupostos e eventuais problemas novos e antigos a serem solucionados são de extrema importância. Os subordinados passam a participar do processo de tomada de decisão e devem se sentir bastante à vontade para fazer suas colocações, mesmo que não coincidam com as do líder. Para que isto ocorra de forma saudável, é importante que os subordinados conheçam as bases do tema que está sendo colocado em pauta.

## **III. Inspiração Motivadora**

A “inspiração motivadora” é exercida à medida que o líder motiva e inspira seus subordinados, dando significado e desenvolvimento para o seu trabalho. Essa figura é vista como um “entusiasmado e otimista”, contagiando as pessoas que o circundam e fazendo com que visão e objetivos sejam compartilhados pelo grupo. Forma-se, nesse momento, o espírito de equipe. Esse item possui grande relação com a “influência idealizada”.

## **IV. Influência Idealizada**

Os líderes são, para seus subordinados, pessoas da mais louvável conduta ética e moral, sendo “admirados, respeitados e confiáveis”, verdadeiros modelos de “capacidade, persistência e determinação” (BASS, 1998, p. 5).

Para YUKL (In: BERGAMINI E CODA, 1997, p. 281), características importantes desses líderes são:

- “Acreditam-se agentes de mudança;
- São prudentes em relação a riscos;
- Acreditam nas pessoas e são sensíveis (...) às suas necessidades;
- São capazes de articular um conjunto central de valores que orientam os seus comportamentos;
- São flexíveis e abertos ao aprendizado a partir da experiência;
- Possuem habilidades cognitivas e acreditam no pensamento disciplinado e na necessidade da análise cuidadosa dos problemas;
- Deixam-se levar pela imaginação, confiando na sua intuição.”

Enfim, esses líderes conseguem retratar e definir a realidade de cada “subordinado”, fazendo com que, a partir de suas concepções e valores comuns, sua realidade subjetiva seja modificada de forma que se faça possível, coerente e vantajoso a implementação de certas ações por vontade própria.

Segundo o mesmo autor (1997, p. 275-279), a importância do líder transformacional se faz em vários momentos quando consideramos a mudança de cultura: identificar a necessidade da mudança, realizar diagnóstico da necessidade, cooptar outros líderes, controlar ansiedades dos subordinados em relação às mudanças, controlar o desgaste emocional gerado pela negação de crenças e valores, e promover a autoconfiança e o otimismo das pessoas, mesmo que a mudança envolva alterações nos padrões de status e outras instabilidades.

No caso da atenção em saúde destinada às famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes, portanto, torna-se imprescindível a utilização da liderança transformacional. O conjunto dos quatro elementos fundamentais trabalha de modo a promover as pessoas como verdadeiros partícipes do processo, permitindo a potencialização da liderança carismática. Quando as pessoas passam a entender a importância de algumas decisões sobre suas ações, passam a motivar-se intrinsecamente para determinados comportamentos, ocasionando maior comprometimento e melhores resultados para o programa. Além disso, a iniciativa e a criatividade passam a ser uma constante na busca ativa de soluções para os problemas detectados, de forma que possam ser contempladas as necessidades e anseios sentidos por cada um dos sujeitos

envolvidos. A cultura transformacional portanto, torna-se desejável para o desenvolvimento das responsabilidades tanto dos integrantes das equipes de saúde da família como das famílias assistidas, à luz da realidade de cada caso.



## 12. LIDERANÇA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De forma idêntica ao que ocorre entre líderes e subordinados nas organizações, também o relacionamento entre a equipe de saúde e as famílias portadoras de doença crônica tende a ser construído com base na liderança, estabelecida formalmente pela própria condição profissionais / usuários. Os estudos sobre liderança apontam que o surgimento desta depende tanto de características das pessoas envolvidas na relação, líderes e subordinados, como variáveis situacionais que potencializem esse aparecimento. Neste sentido, este programa traz preceitos e exigências que tendem a criar um ambiente mais propício para o desenvolvimento da liderança, quando comparado ao modelo tradicional de fazer saúde. Mas como compreender e utilizar os contextos familiar e social para que, sem nenhuma transgressão da vontade própria das famílias, se consiga atingir a maturidade do auto-cuidado e das mudanças de comportamento? Especificamente no Programa de Saúde da Família, vários são os fatores que nos fazem pensá-lo não só como uma estratégia importante do ponto de vista da implantação do SUS, mas também como a alternativa mais consistente para que o estabelecimento da liderança se faça sobre os alicerces da liderança transformacional.

No Programa de Saúde da Família não basta possuir a condição formal da liderança. Um ponto importante e diferencial é o fato de ter como proposta de trabalho uma intervenção preventiva específica para cada núcleo familiar assistido, coerente com a dinâmica estabelecida pelos seus membros e pela comunidade que o cerca. Portanto, a elaboração dessa nova estratégia assistencial de saúde na prática obedece a uma diretriz única de ser construída coletivamente, a partir do dia-a-dia da própria equipe frente às realidades encontradas no cotidiano das famílias assistidas.

O estabelecimento do vínculo entre as equipes de saúde e as famílias assistidas tem sua primeira dificuldade na própria resistência que as pessoas tem em permitir a “estranhos” a invasão de um espaço íntimo, cuja privacidade deve ser preservada. “Abrir a casa” pode significar despir-se, tornar-se vulnerável aos olhos dos outros. Este fato, acrescido da dificuldade de compreender o Programa ou seu alcance, faz do primeiro contato com as famílias um desafio. Um fator que tende a atenuar esta situação é o fato dos ACS serem pessoas da própria comunidade, residindo nas micro-áreas onde atuam há pelo menos dois anos. Em algumas experiências, os próprios candidatos à vaga de agentes de saúde participam ativamente do processo seletivo,

decidindo conjuntamente com os técnicos que coordenam o programa, quais são as pessoas que devem exercer esta função. Este processo legitima o caráter da equipe de saúde uma vez os líderes naturais, eleitos pelos próprios subordinados, são aqueles que detêm o verdadeiro poder (e não aqueles que ocupam cargo, a não ser que sejam precedidos pela escolha dos subordinados) (BERGAMINI, 1994, p. 123). Estudando as teorias de liderança, tanto a seleção como a formação disponibilizada aos agentes deve ter implicações diretas no padrão de comportamento apresentado por estes sujeitos em sua atuação profissional. Estas questões, importantes para compreender o processo em sua complexidade, poderão ser abordadas em estudos futuros.

A partir do momento em que algumas famílias possuem a experiência de serem assistidas pelo Programa ocorre, em geral, uma aceitação crescente ao PSF e os membros das equipes passam a exercer a condição de preceptores daquela comunidade. Almeja-se que as famílias assistidas pela equipe sintam e percebam que um ou mais membros dessas equipes correspondem ao que esperam de um líder. Sem que isso ocorra, a relação tende a ser menos efetiva em seus resultados. As pessoas devem confiar, admirar, perceber nestes diferentes atores um aliado, alguém que vai ajudá-los a atingir seus próprios objetivos, suas próprias pretensões. O líder deve ser visto pelo subordinado como um “agente facilitador da expressão de suas necessidades motivacionais” (BERGAMINI, 1994, p. 82).

Ao freqüentar o ambiente das famílias que assistem, os integrantes das equipes de saúde têm que adotar, obrigatoriamente, uma postura de aprender, ouvir e trocar conhecimentos e idéias. Essas ações passam a ser imprescindíveis na compreensão das dinâmicas envolvidas em cada tomada de decisão dos pacientes assistidos e de suas famílias. A flexibilidade para novos conhecimentos que não dependam fundamentalmente do saber científico médico traz também outra grande contribuição para o estabelecimento de uma relação de liderança transformacional.

Além disso, o contato dos ACS com as famílias dentro de seus lares os levam a conhecer e intervir sobre a dinâmica de comportamento do indivíduo e de sua família, mesmo que isso não ocorra de forma voluntária. A proximidade da equipe de saúde com a realidade de cada uma das famílias permite estimulá-las por meio dos fatores de satisfação e contra-satisfação, de forma a garantir que cada uma delas, dentro de sua individualidade, trabalhe seus valores e faça de cada um de seus membros líderes de si mesmos. Segundo BERGAMINI (1994, p. 78), “apenas a partir do fato de

compreender a dinâmica da motivação intrínseca que o líder tem possibilidade de conseguir, talvez, maior eficácia no processo de interação com seus subordinados”.

A manutenção desta condição de liderança passa pelo aval dos subordinados uma vez que a permanência da condição de líder dependerá da coincidência entre o que os subordinados percebem do suposto líder e o que eles esperam de um (BERGAMINI, 1994, p. 131). “Caso não se consiga aprender a conseguir que as pessoas queiram, nunca se poderá liderá-las” (BERGAMINI, 1994, p. 77).

Em outros capítulos pudemos abordar a importância da liderança carismática e transformacional como verdadeiros elementos de mudanças interiores nos valores e crenças apresentados pelas famílias portadoras de DCNT assistidas, capaz de promover um comportamento positivo de forma consciente, autônoma e autêntica por parte das famílias.

Não existem regras que estabeleçam como liderar. O líder passa a trabalhar com as diferenças de forma natural, explorando cada uma delas de forma a promover um comportamento positivo para ambos os lados: líderes e subordinados. Segundo BERGAMINI (1994, p. 108), não se trata de manipular essas diferenças ou descartá-las, “mas conviver produtivamente com elas”. Neste sentido, o Programa de Saúde da Família traz, para cada membro da equipe de saúde uma diversidade riquíssima de casos e realidades. Cabe ao líder transformacional saber trabalhar com equidade, potencializando cada um desses casos através da chamada “consideração individual”.

A efetivação dessa cultura transformacional não ocorre por mero acaso. Segundo DECI (1998, p. 166) o comportamento de apoio à autonomia reflete no comportamento que esses subordinados apresentarão posteriormente. Neste sentido, o exercício sistemático e freqüente dos elementos de liderança transformacional pelos gestores locais de saúde deve, certamente, repercutir tanto no desempenho da equipe como nos resultados obtidos pelos Programas junto à comunidade. Se realmente ocorrer uma reformulação dos pressupostos básicos nas equipes de saúde da família, seus membros também passarão a trabalhar sob o foco da autonomia em relação à população assistida, o que pode gerar a formação de várias subculturas, derivadas da intervenção das personagens do programa. O líder não é diretamente responsável pela mudança de valores ou crenças pré-existentes. Porém, sua característica de interpretação da realidade, associada à capacidade de integração dos pareceres dos diversos membros, permite que trabalhe como facilitador do processo de internalização, permitindo que a mudança ocorra no *self* de cada subordinado (BERGAMINI, 1997, p. 330-333).

Da mesma forma que o trabalho deve ter significados e desafios para a auto-motivação dos funcionários, a necessidade de evitar a progressão de danos causados pela doença crônica também deve ser percebida pelas famílias como uma necessidade particular. A condição inicial que a doença proporciona deve desagradá-las, de forma a estimular a adoção dos hábitos saudáveis. Segundo KOUZES e POSNER (1991, p. 221-226), uma das condições necessárias para criar compromisso é que as pessoas escolham sobre a decisão e, mais do que isto, que os subordinados participem do estabelecimento de metas. Não se pode dizer que a liderança atingiu resultados se não promovermos a oportunidade de satisfação motivacional através da mudança de comportamento derivada da mudança de crença e valores (BERGAMINI, 1994, p. 116-118). As mudanças devem ser de dentro para fora, e começar por nós mesmos (COVEY, 1994, p. 40-42).

Vários são os aspectos da aplicação e reflexão das teorias de liderança na prática do Programa de Saúde da Família. Estudos iniciais sobre liderança tiveram grande impulso com o estudo dos grandes famosos como Hitler e Churchill, conhecidos tanto pelo modo como conduziram grandes massas como pelo poder de estar à frente de seu tempo e influenciar o pensamento mundial. Porém, a utilização de teorias de liderança nas áreas militar e de ensino, organizacional e posteriormente da saúde, voltaram os estudos realizados sobre os “grandes homens” ao estudo de pessoas “quase comuns”, que embora anônimas do ponto de vista da história mundial, representam grande importância e influência sobre seus locais de atuação e sobre as pessoas sob sua tutela.

Esta pesquisa representa uma primeira abordagem dos estudos de liderança sobre a prática do Programa de Saúde da Família e restringe-se a explorar resultados concretos obtidos junto às famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes assistidas e estabelecer a relação entre estes resultados e o padrão de comportamento transacional ou transformacional das equipes de saúde. Desvendar alguns mecanismos implícitos na adoção de hábitos saudáveis pela população assistida é apenas iniciar um processo de amadurecimento e aprofundamento das reflexões sobre os resultados que realmente pretendemos e sua relação com o modo como a saúde é pensada e disponibilizada.

### 13. DESCRIÇÃO GERAL DOS TRABALHOS

Esta dissertação teve caráter exploratório, tendo tido como objetivo principal abordar as modificações de comportamento apresentadas pelas famílias portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes melito e estudar padrões de condutas das equipes de saúde que pudessem influenciar este resultado. Tais objetivos já foram abordados anteriormente em item específico.

O componente empírico desse estudo foi realizado na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família que integram a Coordenação Norte do QUALIS II – Fundação Zerbini. A principal fonte de coleta de dados foi um conjunto de 391 (trezentos e noventa e um) questionários respondidos pelas famílias portadoras das referidas DCNT (doenças crônicas não transmissíveis), moradoras nas áreas assistidas pelas equipes de saúde da família desta experiência. As famílias informantes foram sorteadas através de amostra sistemática e responderam a um questionário (anexo 06) construído através de 5 (cinco) pré-testes. Foram realizados também 4 (quatro) projetos piloto, cujos processos são descritos no capítulo intitulado “Materiais e Métodos”.

Este estudo é de natureza predominantemente quantitativa e o desenho final da amostra foi realizado com o intuito de que este conjunto pudesse representar o resumo de toda a população de famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes existentes na área de abrangência das referidas equipes de saúde.

Complementarmente, foram utilizados para a contextualização da experiência, discussões e conclusões, documentos da Coordenação do Projeto e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, além de material oriundo das Oficinas realizadas em cada Unidade de Saúde para a devolutiva dos resultados às equipes de saúde.

O núcleo desse trabalho compõe, portanto, um Estudo de Caso para exploração do tema proposto.

A dissertação foi dividida em capítulos, com itens pertinentes ao assunto, e sistematizados de maneira lógica.

Também possui como anexos o termo de solicitação de autorização para a pesquisa (anexo 07) e algumas observações sobre o processo de campo (anexo 08), além de documentos coletados na Coordenação do QUALIS II – Fundação Zerbini (anexos 09, 10, 11 e 12).

## 14. MATERIAIS E MÉTODOS

O principal instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi um questionário para ser respondido entre as famílias portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes melito assistidos pelas equipes de saúde da família da Coordenação Norte do QUALIS II. Segundo Yukl, a efetividade do líder pode ser medido através de suas contribuições na qualidade dos processos como é percebido pelos subordinados ou outros observadores (YUKL, 1995, p. 6). No resgate a processos internos, o próprio paciente e seus familiares/cuidadores consistem em espaço privilegiado de coleta de dados porque, apesar de imprecisos, outros instrumentos só permitem coletá-los de forma muito mais falha (SELLTIZ, WRIGHTSMAN e COOK, 1987, p. 16). Para este estudo foram realizados 5 (cinco) pré-testes. Os pré-testes tiveram a intenção de adequar o instrumento para a coleta de informações. Segundo SELLTIZ, WRIGHTSMAN e COOK (1987b, p. 26),

“o pré-teste é uma prova para verificar como ele funciona e se mudanças são necessárias antes do início do estudo com o instrumento. O pré-teste fornece um meio de captar e resolver problemas não previstos na aplicação do questionário, como a formulação, seqüência ou tamanho das questões. Pode também indicar a necessidade de questões adicionais ou a eliminação de outras”.

Os quatro primeiros pré-testes foram aplicados entre pessoas da comunidade do CS II Butantã – Vila Gomes, sendo entrevistados usuários em salas de espera do ambulatório e participantes do grupo de terceira idade. As três primeiras experiências foram realizadas nas próprias dependências da Unidade de Saúde. O quarto pré-teste foi realizado nas casas, onde as pessoas se sentiram mais à vontade para fazer suas colocações. Um reflexo disso é a duração das entrevistas, que se tornaram muito mais extensas. A realização destes pré-testes foi autorizada pela gerência da Unidade e pela Direção do Distrito de Saúde Escola do Butantã, instância da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo atualmente responsável pela gestão da referida Unidade. Um quinto pré-teste foi realizado entre as famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes assistidas por uma das equipes da UBS Vila Espanhola. Tal Unidade trabalha com a modalidade Saúde da Família desde o início do programa pela Fundação Zerbini.



Os 3 (três) primeiros pré-testes foram realizados com questões “abertas”, o que gerou dificuldade na sistematização dos resultados. Diante disso, optou-se por questões “fechadas”, ou seja, por uma prévia pré-categorização a ser utilizada pelos informantes. Buscou-se garantir também um espaço de livre manifestação, principalmente nas perguntas que constituíram a segunda parte do questionário, que tratava basicamente das mudanças de comportamento das famílias entrevistadas e possíveis variáveis de interferência nestes resultados. O discurso é produto de uma elaboração intelectual específica, porque é produto de um pensar especialmente realizado, trabalho de refletir e recordar. Por isso não é apenas sentimento, mas a reconstrução do vivido em nova objetivação. Segundo SPINK (1999, p. 45), a linguagem em ação é a maneira pela qual as pessoas “produzem os sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”.

As famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes assistidas pela referida equipe da UBS Vila Espanhola também foram alvo de quatro projetos-piloto:

- I. entrevista com gravador (1)\*
- II. entrevista sem gravador (4)\*
- III. distribuição de questionário pela pesquisadora à comunidade assistida (4)\*
- IV. distribuição de questionário pelo próprio agente comunitários de saúde (6)\*

\* Número de elementos que participaram de cada modalidade de projeto-piloto.

As entrevistas se mostraram pouco eficientes para diferenciar os itens apresentados nas questões fechadas. Uma das hipóteses possíveis na justificativa de tal dificuldade seria a complexidade e a extensão das questões. Porém, o que pareceu preponderante era a preocupação dos informantes com os entrevistadores. Primeiro, o constrangimento das pessoas em responder algumas questões, principalmente quando do uso de gravador. E segundo, o fato dos entrevistados se mostrarem mais preocupados em contribuir sem se tornarem cansativos do que em responder adequadamente a questão, após reflexão sobre o seu conteúdo. Isto prejudicou a qualidade das respostas. Esta postura dos informantes fez com que a alternativa de realizar entrevistas fosse abandonada. Segundo SELTZ, WRIGHTSMAN, COOK (1987b, p. 17), entre as principais vantagens do questionário podem ser citadas as seguintes:



- Trata-se de um método menos dispendioso, uma vez que podem ser fornecidos simultaneamente a um grande número de informantes. Isto permite cobrir uma área mais ampla e obter informações de mais pessoas quando comparado ao método de aplicação de entrevistas.
- “(...) Evita vieses potenciais do entrevistador”.
- Os informantes podem se sentir mais seguros com seu caráter anônimo, podendo se sentirem mais à vontade para se expressarem livremente.
- Permite que se exerça “menos pressão sobre o respondente para que dê uma resposta imediata”. Principalmente nos questionários que abordam atitudes, como é o caso deste estudo, a ampla margem de tempo para a resposta permite que “considerem cuidadosamente cada aspecto da resposta em vez de responder o que lhes vêm à mente”.

Muitas vezes, os próprios pacientes e seus familiares não têm consciência do processo de mudança em sua totalidade e o constroem a partir do momento em que são chamadas a responder sobre ele. A necessidade de construir uma linha coerente de pensamento e expressão faz com que se ordene as idéias, conscientizando-se de valores, fatos, sentimentos. Essa construção fatalmente referirá episódios marcantes da evolução desse processo do ponto de vista do informante.

Comparando as estratégias III e IV, que adotaram os questionários como instrumentos de coleta de dados, o retorno dos envelopes foi sensivelmente diferente. Na técnica III, onde a pesquisadora entregou os envelopes e pediu que a devolução ocorresse via Agente Comunitário de Saúde, dos 4 envelopes entregues retornou apenas 1, tendo um aproveitamento de 25%. Em relação aos envelopes entregues pelos próprios agentes, de 6 envelopes distribuídos retornaram todos, o que representou um aproveitamento de 100%.

De acordo com os resultados apresentados pelos projetos-piloto foi eleita a estratégia de número IV para a obtenção dos dados primários da pesquisa.

A execução dos projetos-piloto suscitou interesse de alguns funcionários da Unidade de Saúde para que a pesquisa fosse executada na própria Coordenação Norte do QUALIS II – Fundação Zerbini. Após uma breve apresentação aos Coordenadores Geral e Regional, foram acertadas as etapas burocráticas a serem cumpridas. Ao pedido formal de autorização, acompanhado de resumo e instrumentos a serem utilizados, seguiu-se uma arguição da equipe técnica do QUALIS II sobre a fundamentação teórica

da pesquisa e a contribuição que esta poderia trazer ao trabalho executado pelas equipes. Nesta ocasião foi sistematizada a operacionalização da pesquisa:

1. Preenchimento de questionário pela Coordenação Regional do QUALIS II (anexo 13).
2. Reunião com os Diretores das Unidades de Saúde envolvidas para apresentação da proposta. Foram distribuídos aos mesmos cópia do material da apresentação e o instrumento de pesquisa. Nesta ocasião ainda foi solicitado o preenchimento de um questionário pelos Diretores de Unidades de Saúde (anexo 14) e distribuídos questionários a serem preenchidos pelos agentes de saúde da família (anexo 15).
3. Agendamento com cada uma das 22 equipes de saúde da família que atuam na região Norte pelo convênio Fundação Zerbini/SES/MS, para a apresentação da pesquisa e distribuição dos envelopes a serem distribuídos por cada agente de saúde. Nesta reunião foram também distribuídas cópias da apresentação (idem apresentação feita aos Diretores), mas não foi disponibilizado o instrumento da pesquisa.
4. Apresentação de proposta de devolutiva de resultados aos Diretores e Equipes de Saúde da Família em reunião de equipe da Coordenação Regional.

Cada um dos questionários distribuídos tinha objetivos bastante específicos na preparação da etapa seguinte do processo. Desta forma, temos:

- Questionário do Coordenador Regional: obter informações gerais das Unidades, como o nome do responsável e o número de equipes de cada Unidade. Este número de equipes foi importante para que na reunião de apresentação da proposta aos diretores de Unidades de Saúde já pudessem ser distribuídos os questionários dos agentes de saúde em quantidade suficiente para cada Unidade.
- Questionário do Diretor da Unidade de Saúde: localizar cada um dos profissionais nas equipes de saúde da família de sua Unidade e informar dia e horário das reuniões semanais de cada equipe para que pudesse ser estabelecido o cronograma de apresentação para cada uma das equipes.
- Questionário dos Agentes de Saúde: trazer subsídios para efetuar a amostragem. Por isso traziam dados de identificação e uma listagem das famílias que apresentavam algum portador de hipertensão e/ou diabetes.

A partir dos questionários dos Agentes de Saúde foi elaborado um cadastro único de todas as famílias portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes melito moradoras na área de abrangência das equipes de saúde da família da Coordenação Norte do QUALIS II (7.564 famílias ao todo).

Nas amostragens ditas probabilísticas, “(...) se pode especificar para cada elemento da população a probabilidade de ser incluído na amostra”. (SELLTIZ, WRIGHTSMAN, COOK, 1987a, p. 84). Desta forma, elas tentam guardar uma representatividade do todo através dos chamados planos de amostragem. Considerando um intervalo de confiança de 95%, e uma prevalência de 50, o total de elementos amostrais necessários era de 384 questionários. Calculando uma perda estimada de 20%, o total de elementos sorteados aumentou para 480 unidades. Desta forma, foi sorteado um número de 1 a 15 para representar o número inicial da sequência e foram considerados intervalos de 15,7 para o sorteio dos elementos amostrais seguintes. Foram, ao todo, 482 elementos amostrais sorteados. As famílias entrevistadas ou que responderam aos questionários durante os pré-testes ou pilotos foram desprezadas na amostra final sorteada para o estudo.

Os envelopes a serem distribuídos na comunidade foram construídos cuidadosamente, para garantir maior fidelidade na obtenção dos dados. Segue-se a descrição do procedimento adotado na confecção destes envelopes.

O questionário (anexo 06) foi inicialmente colocado dentro de um primeiro envelope, cuja capa trazia uma explicação da pesquisa e as regras que deveriam ser obedecidas para seu preenchimento. A referida capa encontra-se a seguir:

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

### EXPLICAÇÕES GERAIS

O conteúdo deste envelope é sigiloso e, portanto, os agentes de saúde ou qualquer outro profissional do posto de saúde não terá acesso à essas informações. Apenas o trabalho final, que resume o conjunto de questionários coletados, será divulgado em forma de dissertação de mestrado, apresentado à Fundação Getúlio Vargas.

Peço que sejam cuidadosos com o preenchimento deste questionário porque ele é muito importante para a melhoria do serviço, não só na sua região, mas para toda a cidade de São Paulo.

Não existe certo ou errado para as questões. Elas tem como objetivo coletar dados específicos do seu caso, considerando exclusivamente a sua opinião.

Desde já, agradeço toda a atenção recebida,

Sandra Satiko Kuwada

### INSTRUÇÕES

1. O questionário não precisa ser identificado e deverá ser preenchido à caneta.
2. Depois do preenchimento, colocar o questionário neste envelope e lacrar.
3. Devolver o envelope lacrado para o seu Agente de Saúde até o dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Este primeiro envelope continha mecanismo de lacre, para ser utilizado pelos informantes após o preenchimento do questionário, de forma a garantir que as respostas contidas naquele documento pudessem ser guardadas em sigilo em relação aos agentes de saúde.

Este envelope, não lacrado inicialmente, era então colocado dentro de um segundo envelope, em branco, e, este sim, era lacrado.

Não havia qualquer tipo de identificação nestes segundos envelopes.

Desta forma, era preparado, para cada agente de saúde, um envelope saco cuja capa continha seus dados e a identificação das famílias sorteadas na sua área de responsabilidade. Essa capa encontra-se em anexo (anexo 16). Dentro deste envelope saco encontravam-se os envelopes destinados às famílias sorteadas, em número correspondente ao número de famílias sorteadas.

As reuniões com as equipes de saúde da família foram realizadas em outubro/2001, segundo cronograma divulgado antecipadamente para as Unidades de Saúde. Tentou-se, nesta ocasião, aproveitar o período destinado às reuniões semanais das equipes de saúde da família para não incorrer em mais transtornos para o atendimento da população nas Unidades.

Nas reuniões que ocorreram com cada uma das equipes, uma das preocupações foi mostrar a importância desta pesquisa como instrumento de coleta de informações para que a própria equipe pudesse fazer uma análise crítica de sua atuação junto à comunidade e que servisse como fonte de reflexão para o planejamento das ações do ano seguinte. Também houve uma orientação ao Agente de Saúde sobre a conduta a ser adotada na entrega e coleta dos envelopes. Algumas destas instruções estão colocadas a seguir:

- Seguindo a lógica da família portadora, qualquer uma das pessoas que morasse na casa indicada poderia responder o questionário, o que facilitava seu preenchimento uma vez que nem sempre o próprio portador tinha condições de fazê-lo sozinho, seja por condições físicas, seja por dificuldade em ler e escrever;
- Foi pedido aos agentes que não preenchessem o questionário, nem nos casos em que fossem solicitados. A orientação foi para que eles indicassem outra pessoa da própria comunidade para ajudar no preenchimento do instrumento;
- As únicas informações que os agentes poderiam dar sobre a pesquisa eram aquelas escritas na capa do envelope interno de cada família, reproduzido a seguir (página 84) e distribuído na reunião para cada um dos agentes de saúde;
- Os Agentes retornavam à residência para coletar os envelopes lacrados após uma semana da entrega. Em casos de famílias que não devolvessem o envelope em tempo hábil, a própria pesquisadora entraria em contato com estas famílias (por telefone ou endereço fornecido pelo Agente) para convencê-las da importância de seu preenchimento. Tal preocupação tentou recuperar aquelas famílias que, por um

motivo ou outro, eram mais resistentes a colaborar com as iniciativas da Unidade de Saúde.

Ao fim deste processo, foram recebidos 387 questionários preenchidos. Outros 4 foram recuperados pela pesquisadora em busca ativa nas casas que não haviam devolvido o instrumento, totalizando 391 questionários. As perdas deveram-se a mudança de endereço de algumas famílias, não preenchimento ou preenchimento incipiente dos questionários (que não contribuíam para compor as informações a serem analisadas – normalmente só a identificação).

Desde o início do processo, esta pesquisa teve a preocupação de devolver os dados coletados para as próprias Unidades de Saúde da Coordenação Norte do QUALIS II, o que serviu para estimular a reflexão das equipes e gerentes das unidades sobre seus resultados e suas práticas, enriquecendo as atividades de planejamento. Também representaram uma oportunidade de reflexão conjunta a respeito dos resultados obtidos, o que serviu de material para subsidiar o Capítulo de “Discussão e Análise de Dados” (anexo 08).

## 15. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROJETO QUALIS II – FUNDAÇÃO ZERBINI

O Programa de Saúde da Família encontrou terreno fértil em várias pequenas cidades do Norte e Nordeste, mas sempre representou um grande desafio em grandes centros urbanos. Neste sentido, um convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e o Hospital Santa Marcelina foi responsável por uma primeira experiência de implantação do projeto no município de São Paulo, mais especificamente na região de Itaquera (Zona Leste). Tal iniciativa recebeu o nome fantasia de Projeto Qualidade Integral à Saúde (QUALIS). Cerca de dois anos após a implantação do primeiro projeto QUALIS, em Itaquera, e seguindo os mesmos preceitos, foi implantado o QUALIS II, fruto de um convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Fundação E. J. Zerbini. O acordo foi assinado em novembro de 1997 e previa a implantação gradativa de 60 (sessenta) equipes de saúde da família em duas outras regiões da cidade: Vila Nova Cachoeirinha (Zona Norte) e Parque São Lucas (Zona Sudeste), ao qual depois se somou Sapopemba.

Na ocasião, vários foram os objetivos propostos pela Coordenação Geral do QUALIS II (FUNDAÇÃO E.J.ZERBINI, 1997, p. 6-7):

### Objetivo Geral:

“Reorganizar o modelo assistencial, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS”.



Objetivos específicos:

- 1) Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida.
- 2) Promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população num enfoque comunitário.
- 3) Prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta.
- 4) Fornecer atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nas áreas básicas de saúde à população adstrita, seja no nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.
- 5) Atender a população adscrita, preferencialmente através de agendamento, obedecendo as normas dos programas de saúde existentes, preservando, entretanto, a possibilidade de atendimento eventuais e domiciliares.
- 6) Buscar a humanização do atendimento e, através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário.
- 7) Racionalizar o acesso e o fluxo do sistema de saúde (do nível de atenção primária até os de maior complexidade).
- 8) Estimular a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento no sistema de saúde.
- 9) Garantir aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamentos para aprimoramento.
- 10) Divulgar, fundamentalmente junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes das doenças.
- 11) Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

As iniciativas de implantação destes QUALIS começaram com a mobilização da comunidade. As propostas foram construídas e modificadas conjuntamente por técnicos e população, na tentativa de resgatar a participação social na definição das políticas de saúde oferecidas à população.

Estas duas regiões encontram-se, atualmente, sob duas coordenações diferentes, cujos dados referenciais encontram-se no quadro seguinte:

	<b>Coordenação Norte</b>	<b>Coordenação Sudeste</b>
Nº. de Unidades de Saúde	5	9
Nº. de Equipes de S. Família	22	33
Nº. estimado de pessoas assistidas	98.555	142.620
Fonte: Fundação Zerbini		

Enquanto a Coordenação Regional Sudeste promove ações de saúde nos Distritos Parque São Lucas e Sapopemba, a Coordenação Regional Norte tem atuação nos territórios de três Distritos Político - Administrativos: Brasilândia, Frequesia do Ó e Vila Nova Cachoeirinha.

A distribuição espacial das Unidades de Saúde que compõem a Coordenação Norte do QUALIS II, objeto deste estudo, encontra-se nos anexos 17 e 18; enquanto que seus endereços estão no anexo 13. Um mapa com a localização das áreas de abrangência de cada Unidade compõe o anexo 19. As 22 equipes de saúde da família da Coordenação Norte foram implantadas entre março e outubro de 1998.

## 16. RESULTADOS

Do total de questionários distribuídos, foram tabulados 391 deles. As perdas verificadas (91 questionários, ou 18,88%) deveram-se a:

- Mudanças de endereço: famílias para que não residiam mais no território de responsabilidade da Unidade de Saúde, caracterizando a figura “fora de área”;
- Famílias que não se encontravam em casa no período de coleta dos dados, por viagem ou mudança temporária de endereço;
- Famílias que relatavam não possuir nenhum morador da casa portador de hipertensão e/ou diabetes;
- Questionários cujas respostas eram insuficientes ou indecifráveis e que impediam de trabalhar seus conteúdos.

Os questionários que, embora não especificassem a doença ou o tempo de conhecimento de sua existência, respondiam as questões seguintes sobre as mudanças no cotidiano e outras específicas deste estudo foram considerados.

Embora o grau de dificuldade do questionário pareça alto, principalmente quando consideramos o perfil demográfico e sócio-econômico dos informantes, podemos perceber que as famílias sorteadas responderam-no de forma satisfatória, o que resultou em uma perda semelhante aos 20% esperados inicialmente (quadro 01).

A questão 04, considerada de maior complexidade, foi respondida por cerca de 50% dos informantes para a categoria de ACS, o que afasta a possibilidade de que o não preenchimento deste quesito para os outros profissionais tenha como justificativa o não entendimento à pergunta.

Em relação ao surgimento de respostas não previstas para algumas questões por eventual dificuldade de entendimento, os códigos foram adaptados para não alterar o sentido das respostas.

As manifestações escritas realizadas através do instrumento de coleta de dados foram resgatadas no sentido de qualificar ou explorar melhor as questões fechadas.

Abaixo, temos a quantidade de questionários efetivamente tabulados, distribuídos por Unidade de Saúde de referência (tabela 01). No quadro 01, temos um

comparativo de número de famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes de cada Unidade de Saúde, o número de elementos amostrais sorteados em cada US, o total de questionários tabulados e o percentual de perdas em cada um destes serviços.

**TABELA 01:** DISTRIBUIÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS TABULADOS SEGUNDO UNIDADE DE SAÚDE A QUE ESTÃO RELACIONADOS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

UNIDADE	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA	FREQÜÊNCIA RELATIVA
US Vila Espanhola	47	12,0%
US Dra. Ilza Hutzler	102	26,1%
US Dr. Augusto Galvão	84	21,5%
US Vila Penteado	97	24,8%
US Vila Ramos	61	15,6%
TOTAL	391	100%

**QUADRO 01:** QUADRO COMPARATIVO ENTRE TOTAL DE POPULAÇÃO A QUE SE REFERE O ESTUDO, NÚMERO DE ELEMENTOS AMOSTRAIS SORTEADOS, TOTAL DE QUESTIONÁRIOS TABULADOS E PERCENTUAL DE PERDA, SEGUNDO UNIDADE DE SAÚDE, EM FAMÍLIAS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

UNIDADE	POPULAÇÃO	ELEM. AMOSTRAIS	QUEST. TABULADOS	PERDA
US Vila Espanhola	1.186	75	47	37,3%
US Dra. Ilza Hutzler	1.943	125	102	18,1%
US Dr. Augusto Galvão	1.589	101	84	16,8%
US Vila Penteado	1.790	114	97	14,9%
US Vila Ramos	1.056	67	61	9,0%
TOTAL	7.564	482	391	18,9%

Como podemos perceber algumas unidades tiveram mais dificuldades que outras na obtenção dos dados para a pesquisa. De forma global, a quantidade mínima de questionários respondidos foi atingida, o que possibilita a posterior discussão e análise da Coordenação Norte como um todo.

## 16.1. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DOS INFORMANTES

Neste tópico apresentaremos apenas os dados que descrevem o perfil dos informantes desta pesquisa, sem se preocupar, no entanto, com uma discussão e análise aprofundadas, o que ocorrerá em item específico.

**TABELA 02: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO IDADE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
01 – 19	1	0,3%
20 – 39	36	10,0%
40 – 59	185	47,3%
60 – 79	147	37,3%
80 e mais	13	3,5%
Não respondeu	9	2,3%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

### Medidas de Tendência Central:

Média: 56,694 anos

Mínimo: 18 anos

1º quartil: 48 anos

2º quartil: 57 anos

3º quartil: 66 anos

Máximo: 93 anos

### Medidas de dispersão:

Variância: 180,407

Desvio Padrão: 13,432

Erro Padrão: 0,687

Como podemos perceber, a maioria dos informantes concentram-se na faixa etária de 40 a 79 anos. Isto também reflete nas medidas de posição, que apresentam os três quartis<sup>14</sup> dentro deste intervalo.

Esta faixa etária dos informantes guarda lógica a partir do momento que 73,9% dos informantes (tabela 13) são os próprios portadores da hipertensão e/ou diabetes e que estas doenças crônicas não transmissíveis manifestam-se principalmente a partir da faixa de adulto jovem e terceira idade.

<sup>14</sup> Quartis são as referências que dividem o total da amostra em quatro grupos de dados contendo o mesmo número de eventos. Desta forma, 25% dos eventos contidos na amostra localizam-se até o primeiro quartil. No caso, 25% dos informantes tinham até 48 anos. Os próximos 25% dos eventos estão entre 48 e 57 anos, ou seja, entre o primeiro e segundo quartis. 25% dos informantes têm idades que variam de 57 a 66 anos (segundo e terceiro quartis) e os 25% mais idosos possuem entre 66 e 93 anos (idade do informante mais idoso).

**TABELA 03: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO SEXO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>SEXO</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Feminino	288	73,7%
Masculino	95	24,3%
Não respondeu	8	2,0%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 04: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO ETNIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>ETNIA</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Amarelo	3	0,8%
Branco	225	57,5%
Negro	51	13,0%
Pardo	102	26,1%
Não respondeu	10	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 05: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO ESTADO CIVIL, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Solteiro	40	10,2%
Casado	216	55,2%
Viúvo	88	22,5%
Outro	35	9,0%
Não respondeu	12	3,1%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 06: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES INSERIDOS NA CATEGORIA “OUTRO” NO QUESITO ESTADO CIVIL SEGUNDO CONDIÇÃO APONTADA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>CONDIÇÃO APONTADA</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Amasiado*	7	20,0%
Separado*	20	57,1%
Não respondeu	8	22,9%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,0%</b>

\* Nestas condições foram agregados semelhantes. Em “amasiado” foram incorporadas denominações como “amasiado”, “amigado”, “junto”. Em “separado” foram incorporados “separado” e “divorciado”.

Como podemos perceber nas tabelas 05 e 06, a maioria dos informantes encontram-se casados (57,0%, somando-se os “casados” aos “amasiados”), o que deve influenciar também nas respostas encontradas nas questões posteriores que fazem referência às mudanças no cotidiano e as influências existentes neste processo.

**TABELA 07: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO ESCOLARIDADE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Não estudou	57	14,6%
Não chegou a terminar a 4ª série	89	22,8%
Terminou até a 4ª série	113	28,9%
Não chegou a terminar a 8ª série	32	8,2%
Terminou até a 8ª série	26	6,6%
Não chegou a terminar o 3º colegial	18	4,6%
Terminou até o 3º colegial	28	7,2%
Não chegou a terminar a faculdade	3	0,8%
Terminou toda a faculdade	5	1,3%
Outro	20	5,1%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

Em alguns documentos oficiais a população é descrita como de baixa escolaridade, o que pode ser evidenciada pela tabela cima – 14,6% não estudou e 51,7% cursou algum ano ou concluiu apenas o ciclo básico do ensino fundamental.

**TABELA 08: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES INSERIDOS NA CATEGORIA “OUTRO” NO QUESITO ESCOLARIDADE SEGUNDO FORMAÇÃO APONTADA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>CATEGORIA APONTADA</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Informal	1	5,0%
Técnico	3	25,0%
Pós-graduação	1	5,0%
Não respondeu	15	75,0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>



**TABELA 09:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO OCUPAÇÃO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Desempregado	83	21,2%
Aposentado	153	39,1%
Autônomo	56	14,3%
Emprego formal	57	14,6%
Do lar	20	5,1%
Não respondeu	22	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>99,9%</b>

Um dado relevante é a porcentagem de desempregados entre os informantes, o que evidencia um grave problema social no município de São Paulo. Isto deve ter repercussões tanto na renda familiar como na autonomia dos portadores em aderir aos cuidados recomendados pela equipe de saúde.

**TABELA 10:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES INSERIDOS NO QUESITO “EMPREGO FORMAL” SEGUNDO HORÁRIO DE TRABALHO APONTADO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>HORÁRIO DE TRABALHO*</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Manhã	4	7,0%
Manhã e Tarde	27	47,4%
Tarde	2	3,5%
Tarde e Noite	4	7,0%
Noite	1	1,8%
Manhã, Tarde e Noite	1	1,8%
Não respondeu	18	31,6%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100,1%</b>

\* Os horários de trabalho apontados pelos informantes foram agrupados nas categorias acima listadas para melhor apreciação.

Outro fator importante a ser apontado a partir da tabela 09 é que a maioria dos informantes não está classificado em emprego formal, o que aumenta a possibilidade de que estes realmente tenham acesso aos profissionais da Unidade de Saúde e aos serviços que oferecem. Mesmo quando verificamos a tabela 10, a respeito dos informantes que mantêm emprego formal, apenas uma parcela destes estão fora de

suas residências pela manhã e também à tarde, horário de trabalho dos profissionais e funcionamento da Unidade de Saúde.

**TABELA 11:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO RENDA FAMILIAR, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Até 1 salário mínimo	74	18,9%
Entre 1 e 2 salários mínimos	121	30,9%
Entre 2 e 3 salários mínimos	64	16,4%
Entre 3 e 5 salários mínimos	64	16,4%
Entre 5 e 10 salários mínimos	29	7,4%
Mais de 10 salários mínimos	8	2,0%
Não respondeu	31	7,9%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

A maioria dos informantes possuem renda familiar que concentra-se até 5 salários mínimos, o que também evidencia descrições anteriores de documentos oficiais (vide Proposta elaborada pela Fundação Zerbini para a implantação do QUALIS na região, em anexo) que, em geral, descrevem-na como de baixa renda.

**TABELA 12:** FREQÜÊNCIA DE INFORMANTES QUE RESIDEM SOZINHOS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>F. ABSOLUTA</b>	<b>F. RELATIVA</b>
Informantes que residem sozinhos	28	7,2%
Informantes não residem sozinhos	363	92,8%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

Podemos verificar que uma parcela significativa de informantes (7,2%) moram sozinhos e que, portanto, são os próprios portadores da doença crônica. Este modo de vida deve influenciar nas respostas posteriores, pois sua dinâmica social deve se estabelecer de forma diferente dos demais.

## 16.2. CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE OS INFORMANTES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU O DIABETES MELITO

**TABELA 13:** FREQUÊNCIA DE INFORMANTES PORTADORES DE DIABETES E/OU HIPERTENSÃO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>F. ABSOLUTA</b>	<b>F. RELATIVA</b>
Informante é o próprio portador	289	73,9%
Informante não é o portador	102	26,1%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 14:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO RELAÇÃO QUE GUARDA COM O PORTADOR DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES, QUANDO NÃO É O PRÓPRIO DOENTE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>RELAÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
Pai / Mãe	39	38,2%
Esposo / Esposa	44	43,1%
Filho	5	4,9%
Outros	11	10,8%
Não respondeu	3	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>99,9%</b>

**QUADRO 02:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO PATOLOGIA (HIPERTENSÃO E/OU DIABETES) QUE APRESENTA NA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

		<b>DIABETES</b>		
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>	<b>SIM</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>NÃO</b>	32	292	324
	<b>TOTAL</b>	56	11	67
		<b>88</b>	<b>303</b>	<b>391</b>

Como a questão pedia apenas para considerar apenas o caso mais antigo na casa, tanto em relação ao portador como em relação à doença considerada para responder as questões seguintes, cabe aqui algumas colocações:

- Quando era citado duas doenças ou dois casos diferentes, era apenas considerado o mais antigo;
- Apenas foram consideradas as duas doenças quando o tempo relacionado a cada uma delas foi o mesmo (por isso a existência de 32 casos, que consideram tanto a hipertensão como o diabetes);
- Como dito anteriormente, alguns casos que não especificam a doença ou o tempo de doença foram considerados (11 casos) por ter, nas outras questões, referência à doença, às mudanças e outras observações sobre o projeto.

**TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS INFORMANTES PORTADORAS DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES SEGUNDO TEMPO DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>TEMPO DA DOENÇA</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
01 – 05 anos	117	29,9%
06 – 10 anos	102	26,1%
11 – 15 anos	50	12,8%
16 – 20 anos	44	11,3%
21 – 25 anos	12	3,1%
26 – 30 anos	24	6,1%
31 anos e mais	14	3,6%
Não respondeu	28	7,2%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,1%</b>

Podemos perceber que uma minoria possui a doença por mais de 20 anos – 12,8%.

**TABELA 16:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TEMPO EM QUE RESIDE NA REGIÃO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TEMPO DE RESIDÊNCIA NA REGIÃO</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
01 – 10 anos	47	12,0%
11 – 20 anos	79	20,2%
21 – 30 anos	91	23,3%
31 – 40 anos	101	25,8%
41 – 50 anos	49	12,5%
51 anos e mais	16	4,1%
Não respondeu	8	2,0%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>99,9%</b>

Medidas de Tendência Central:

Média: 28,018 anos

Mínimo: 00 anos

1º quartil: 17 anos

2º quartil: 28 anos

3º quartil: 39 anos

Máximo: 76 anos

Moda: 40 anos

Medidas de dispersão:

Variância: 215,946

Desvio Padrão: 14,695

Erro Padrão: 0,743

Esta questão tem como objetivo verificar a residência dos informantes antes do QUALIS ser implantado e, como podemos perceber, a maioria já morava na região quando o sistema de saúde tradicional era o que prevalecia, o que possibilita verificar algumas respostas alcançadas pelo QUALIS, no último item do questionário.

### 16.3. RELAÇÃO ENTRE OS DOENTES E OS CONVÊNIOS MÉDICOS

**TABELA 17:** FREQÜÊNCIA DE FAMÍLIAS INFORMANTES CUJO PORTADOR DE DIABETES E/OU HIPERTENSÃO POSSUI CONVÊNIO MÉDICO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Portador possui convênio médico	90	23,0%
Portador não possui convênio médico	301	77,0%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

Apesar de 23,0% dos portadores de hipertensão e/ou diabetes possuir convênio médico, isto não implica na não utilização dos serviços disponibilizados pela Unidade de Saúde. Alguns informantes relatam utilizar tanto a US, como o convênio médico. Outros colocam utilizá-lo apenas para outros procedimentos que não sejam o controle da hipertensão e/ou diabetes (ver tabelas 18 a 21). A única colocação possível é que, nos casos onde o portador possui convênio médico, ele também pode estar sofrendo a influência de outros profissionais de saúde, além daqueles existentes no Sistema Único de Saúde.

**TABELA 18: FREQUÊNCIA DE FAMÍLIAS INFORMANTES PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL QUE UTILIZAM O CONVÊNIO PARA ACOMPANHAR A DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
Portador usa p/ acompanhar a hipertensão arterial	34	47,2%
Portador não usa p/ acompanhar a hipertensão	38	52,8%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 19: FREQUÊNCIA DE FAMÍLIAS INFORMANTES PORTADORAS DE DIABETES QUE UTILIZAM O CONVÊNIO PARA ACOMPANHAR A DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
Portador usa para acompanhar a diabetes	13	65,0%
Portador não usa para acompanhar a diabetes	7	35,0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 20: OUTRAS UTILIZAÇÕES DO CONVÊNIO MÉDICO CITADAS PELOS INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>OUTRAS UTILIZAÇÕES</b>	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
Consultas de especialidades	4	50,0%
Exames complementares	1	12,5%
Não especificou	3	37,5%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 21:** FREQUÊNCIA DE FAMÍLIAS INFORMANTES QUE INDICAM POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO MAS NÃO UTILIZÁ-LO COM FREQUÊNCIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
Possui convênio médico, mas não costuma utilizar	7	7,8%
Não respondeu	83	92,2%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

#### 16.4. MODIFICAÇÕES NO COTIDIANO

**TABELA 22:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TIPO DE MUDANÇAS RELACIONADOS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
Não mudou nada	76	19,4%
Mudou só por algum tempo	37	9,5%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	137	35,0%
Mudou a vida de toda a família	51	13,0%
Relata mudança mas não especifica	27	6,9%
Não respondeu	63	16,1%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 23:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO MUDANÇAS RELACIONADOS AO TIPO DE COMIDA POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Não mudou nada	80	20,5%
Mudou só por algum tempo	30	7,7%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	96	24,6%
Mudou a vida de toda a família	71	18,2%
Relata mudança mas não especifica	19	4,9%
Não respondeu	95	24,3%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>



**TABELA 24:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TIPO DE MUDANÇAS RELACIONADOS AO PREPARO DA COMIDA POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Não mudou nada	85	21,7%
Mudou só por algum tempo	22	5,6%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	81	20,7%
Mudou a vida de toda a família	80	20,5%
Relata mudança mas não especifica	18	4,6%
Não respondeu	105	26,9%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 25:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TIPO DE MUDANÇAS RELACIONADOS AO EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Não mudou nada	155	39,6%
Mudou só por algum tempo	22	5,6%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	63	16,1%
Mudou a vida de toda a família	17	4,3%
Relata mudança mas não especifica	12	3,1%
Não respondeu	122	31,2%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 26:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TIPO DE MUDANÇAS RELACIONADOS A FREQUÊNCIA DE VISITAS AO MÉDICO POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Não mudou nada	78	19,9%
Mudou só por algum tempo	24	6,1%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	132	33,8%
Mudou a vida de toda a família	37	9,5%
Relata mudança mas não especifica	27	6,9%
Não respondeu	93	23,8%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 27:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TIPO DE MUDANÇAS RELACIONADOS A FREQUÊNCIA DE CONTATO COM OS FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Não mudou nada	112	28,6%
Mudou só por algum tempo	17	4,3%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	72	18,4%
Mudou a vida de toda a família	47	12,0%
Relata mudança mas não especifica	25	6,4%
Não respondeu	118	30,2%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 28:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO TIPO DE MUDANÇAS RELACIONADOS A ORGANIZAÇÃO DA CASA POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>TIPO DE MUDANÇAS APONTADAS</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Não mudou nada	100	25,6%
Mudou só por algum tempo	18	4,6%
Mudou apenas na vida da própria pessoa	68	17,4%
Mudou a vida de toda a família	76	19,4%
Relata mudança mas não especifica	19	4,9%
Não respondeu	110	28,1%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

Podemos perceber que independente do item considerado, cerca de 20% a 28% dos informantes referem não ter tido mudanças no seu cotidiano quando do descobrimento da doença.

**QUADRO 03: OUTROS ITENS CITADOS COMO MUDANÇAS POR OCASIÃO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>MUDANÇAS POSITIVAS</b>	<b>MUDANÇAS NEGATIVAS</b>
A família tem consciência.	Fiquei obesa e ansiosa.
A saúde melhorou.	Paciente parou o tratamento e não procurou mais o médico.
Aprendemos a conviver com o doente.	Filho não aceita a doença e todos sofrem muito.
Aumentou preocupação da família.	Não pode mais sair porque quer urinar.
Descanso mais.	
Horários são mais regulares.	
Me senti mais segura.	
Me preocupo mais com a minha saúde.	
Parei de beber.	
Preocupação com o doente foi maior.	
Conscientizei sobre minha saúde.	
Mais vontade de viver.	
Não pode mais ficar sozinha.	

**QUADRO 04: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO DIFICULDADES OU RAZÕES QUE JUSTIFIQUEM A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>	
<b>JUSTIFICATIVAS PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>
Porque não é necessário.	66	16,9%	325	83,1%
Por falta de dinheiro.	106	27,1%	285	72,9%
Porque o paciente não acha isso tão importante ou tem preguiça de fazer os cuidados.	133	34,0%	258	66,0%
Porque não sabe o que tem que fazer.	80	20,5%	311	79,5%
Obs: as frequências não somam 100,0% porque as alternativas não são mutuamente excludentes.				

**QUADRO 05: OUTROS MOTIVOS CITADOS PARA JUSTIFICAR A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>MOTIVO PARA JUSTIFICAR A NÃO ADESÃO</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>
Difícil mudar rotina. Falta de costume.	5
Alguns não sabem da gravidade do caso.	3
Informações não são suficientes ou não chegam de forma clara.	3
A demora no atendimento desanima.	2
Falta de compreensão e apoio da família.	2
Falta de tempo.	2
Não posso andar.	2
Nervoso / Preocupação	2
Falta de instrução.	1
Falta de liberdade para fazer o que quero.	1
Falta de união entre médico e doente.	1
Morar sozinha.	1
Muito rígido.	1
Não posso ir ao Posto de Saúde porque trabalho.	1
Não tem gente para levar.	1
Pessoa não acredita que pode controlar a doença e viver bem.	1
Pessoa recusa cuidados e remédios.	1
Remédio deixa zozna.	1
Stress.	1
Suspendo quando me sinto melhor.	1
Trabalho e como fora de casa.	1

**TABELA 29: DISTRIBUIÇÃO DO PODER DE INTERFERÊNCIA DOS VIZINHOS, AMIGOS OU PARENTES QUE NÃO MORAM JUNTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO SEGUNDO GRAU DE IMPORTÂNCIA DADO PELOS INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>GRAU DE IMPORTÂNCIA</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
Relata importância mas não especifica graduação.	10	2,6%
Muita importância.	56	14,3%
Alguma importância.	72	18,4%
Pouca importância.	45	11,5%
Nenhuma importância.	62	15,9%
Não respondeu	146	37,3%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 30: DISTRIBUIÇÃO DO PODER DE INTERFERÊNCIA DOS PARENTES OU OUTRAS PESSOAS QUE MORAM NA MESMA CASA NA ADESÃO AO TRATAMENTO SEGUNDO GRAU DE IMPORTÂNCIA DADO PELOS INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>GRAU DE IMPORTÂNCIA</b>	<b>FREQ.ABSOLUTA</b>	<b>FREQ.RELATIVA</b>
Relata importância mas não especifica graduação.	24	6,1%
Muita importância.	187	47,8%
Alguma importância.	45	11,5%
Pouca importância.	16	4,1%
Nenhuma importância.	12	3,1%
Não respondeu	107	27,4%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 31: DISTRIBUIÇÃO DO PODER DE INTERFERÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO SEGUNDO GRAU DE IMPORTÂNCIA DADO PELOS INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>GRAU DE IMPORTÂNCIA</b>	<b>FREQ.ABSOLUTA</b>	<b>FREQ.RELATIVA</b>
Relata importância mas não especifica graduação.	45	11,5%
Muita importância.	222	56,8%
Alguma importância.	36	9,2%
Pouca importância.	16	4,1%
Nenhuma importância.	4	1,0%
Não respondeu	68	17,4%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**TABELA 32: DISTRIBUIÇÃO DO PODER DE INTERFERÊNCIA DE FARMACÊUTICOS, CURANDEIROS OU OUTROS ATORES SOCIAIS NA ADESÃO AO TRATAMENTO SEGUNDO GRAU DE IMPORTÂNCIA DADO PELOS INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>GRAU DE IMPORTÂNCIA</b>	<b>FREQ.ABSOLUTA</b>	<b>FREQ.RELATIVA</b>
Relata importância mas não especifica graduação.	1	0,3%
Muita importância.	19	4,9%
Alguma importância.	26	6,6%
Pouca importância.	45	11,5%
Nenhuma importância.	121	30,9%
Não respondeu	179	45,8%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**QUADRO 06:** OUTROS ATORES SOCIAIS CITADOS COMO IMPORTANTES PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>ATORES CITADOS COMO IMPORTANTES</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>
Agente Comunitário de Saúde	1
Médico do Posto	1
Médico	4
Convênio	1
Pessoas da comunidade	1
Pessoas mais velhas	1
Pessoas de pouca importância	1
Eu mesma	1
Deus	1
Todos	1

**QUADRO 07: QUADRO DE AÇÕES CITADAS COMO IMPORTANTES PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

**AÇÕES CITADAS COMO IMPORTANTES PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

Acompanha.	Dá assistência.	Incentivo familiar.
Aconselha.	Dá atenção.	Informa.
Ajuda em tudo.	Dá carinho.	Insiste para se tratar.
Ajuda a entender a doença.	Dá conselhos.	Interage com o paciente e a família.
Ajuda na conscientização.	Dá cuidado.	Lembra.
Ajuda a ir no posto.	Dá esclarecimentos.	Leva ao médico.
Ajuda na locomoção.	Dá esperança.	Manda.
Ajuda financeiramente.	Dá força.	Mantém o controle da situação.
Ajuda na alimentação.	Dá remédio que não faz mal.	Marca consulta.
Ajuda no acompanhamento médico.	Dá remédio.	Mede pressão.
Ajuda no controle alimentar.	Dialoga.	Medica.
Ajuda nos cuidados diários.	É especializado.	Mostra c/o a doença se desenvolve.
Ajuda nos remédios.	É paciente.	Mostra importância de se cuidar.
Ajuda tratar.	Encaminha para o médico certo.	Opina.
Alerta.	Ensina sobre a doença.	Orienta.
Apóia.	Esclarece.	Passa em casa.
Arruma lugar para fazer caminhada.	Escuta.	Pergunta.
Assiste constantemente.	Está atento à minha saúde.	Preza.
Atende.	Está sempre presente (qdo. preciso).	Respeita.
Auxilia na educação alimentar.	Evita alimentos "que fazem mal".	Sabe a situação.
Auxilia no tratamento.	Executa.	São profissionais.
Auxilia nos cuidados.	Explica.	Se dedica.
Beneficia cuidados no lar.	Fala da doença.	Se preocupa.
Busca remédios.	Fala de experiências próprias.	Se torna amigo.
Chama a atenção.	Faz exames de controle mensal.	Socorre quando precisa.
Chama o resgate.	Faz prevenção.	Tem conhecimento.
Cobra.	Faz relaxar.	Tem experiência na doença.
Compreende.	Faz sentir cuidado e protegido.	Trata bem.
Conscientiza.	Faz visitas.	Traz remédio.
Considera.	Fazendo amigos.	Troca idéia.
Controla.	Fica no pé para não esquecer o remédio.	Valoriza paciente.
Convence a se cuidar.	Gosta muito de mim. Só quer meu bem.	Vê a receita do remédio.
Conversa.	Incentiva.	Verifica remédio e consulta.
Cuida.		



**QUADRO 08: QUADRO DE DIFICULDADES CITADAS PELOS INFORMANTES NA ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

**DIFICULDADES CITADAS PELOS INFORMANTES NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

Deveriam ter mais condição de explicar como podem ajudar.  
Poderia ser melhor se não faltasse médico e tivesse mais especialidades.  
Os agentes precisam estar mais vezes, não só uma vez por mês.  
Exige muito.  
Família gera preocupação e nervoso.  
Se preocupam só quando a doença se manifesta, quando não se sente bem.  
Não gosta de mim.  
Não ligam porque não acham importante.  
Moro sozinha.  
Sozinho é impossível de se cuidar.  
Sozinho ninguém vive.  
Curiosos só atrapalham.  
Tem sempre alguém querendo medicar o outro.

**QUADRO 09: QUADRO DE OBSERVAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

**OBSERVAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO**

É você mesmo que tem que se cuidar.  
Tenho fé.  
Pessoas mais próximas são mais fáceis de ajudar porque se pode confiar.  
Todos ficam espertos quando tem uma crise.  
Pessoal é especializado.  
Tratam todos iguais e muito bem.  
Os funcionários são excelentes.  
Só o pessoal do posto me ajuda.  
Tem que ser mais humano.

**TABELA 33:** FREQUÊNCIA DE INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA NA FAMÍLIA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>
Descobriu a doença antes do Projeto QUALIS ser implantado	308	78,8%
Descobriu a doença depois de implantado o Projeto QUALIS	83	21,2%
<b>TOTAL.</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

**QUADRO 10:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO MODIFICAÇÕES PERCEBIDAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>	
<b>MODIFICAÇÕES PERCEBIDAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS</b>	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>
Deixou de tomar remédios por estar controlando melhor a doença.	23	7,5%	285	92,5%
Convive mais com as pessoas do posto de saúde.	158	51,3%	150	48,7%
Controla a doença com maior frequência.	214	69,5%	94	30,5%
Começou a fazer exercícios com regularidade.	73	23,7%	235	76,3%
Parou de fazer auto-medicação.	92	29,9%	216	70,1%
Conheceu mais amigos.	121	39,3%	187	60,7%
Começou a sair mais.	81	26,3%	227	73,7%
Participa dos grupos.	62	20,1%	246	79,9%
Mudou a comida.	142	46,1%	166	53,9%
Obs: as frequências não somam 100,0% nas colunas dado que as alternativas não são excludentes.				

**TABELA 34:** FREQUÊNCIA DE INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA NA FAMÍLIA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS E NÃO REFEREM NENHUMA MODIFICAÇÃO EM SEU COTIDIANO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>
Nada mudou, mesmo com a implantação do QUALIS	18	5,8%
Refere alguma mudança depois da implantação do QUALIS	290	94,2%
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>

**QUADRO 11:** OUTRAS MODIFICAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO PROJETO QUALIS SER IMPLANTADO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

**OUTRAS MODIFICAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO QUALIS SER IMPLANTADO**

Durmo melhor.

Tenho ânimo.

Faz tempo que não interno.

Fiquei mais em casa.

Vai todo mês nos hospitais e fica mais.

Vou ao baile dos idosos

**16.5. COMPORTAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**QUADRO 12:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “MANDA OBEDECER” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	106	27,1%	189	48,3%	193	49,4%	152	38,9%
Nunca	144	5,6%	26	6,6%	25	6,4%	12	3,1%
Manda obedecer, mas não especifica frequência	3	0,8%	3	0,8%	2	0,5%	5	1,3%
Raramente	13	3,3%	12	3,1%	9	2,3%	5	1,3%
Às vezes	39	10,0%	32	8,2%	32	8,2%	20	5,1%
Geralmente	24	6,1%	27	6,9%	27	6,9%	13	3,3%
Sempre	184	47,1%	102	26,1%	103	26,3%	184	47,1%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 13: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “FAZ ELOGIOS QUANDO A GENTE SE CUIDA” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	24	24,0%	189	48,3%	192	49,1%	162	41,4%
Nunca	16	4,1%	26	6,6%	19	4,9%	14	3,6%
Faz elogios quando se cuida, mas não especifica frequência	8	2,0%	6	1,5%	4	1,0%	4	1,0%
Raramente	12	3,1%	19	4,9%	18	4,6%	6	1,5%
Às vezes	28	7,2%	31	7,9%	30	7,7%	15	3,8%
Geralmente	42	10,7%	30	7,7%	36	9,2%	29	7,4%
Sempre	191	48,8%	90	23,0%	92	23,5%	161	41,2%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 14: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “DÁ A ATENÇÃO QUE DEVERIA” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	99	25,3%	191	48,8%	186	47,6%	161	41,2%
Nunca	4	1,0%	14	3,6%	12	3,1%	5	1,3%
Dá a atenção que deveria, mas não especifica frequência	10	2,6%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	16	4,1%	16	4,1%	12	3,1%	8	2,0%
Às vezes	27	6,9%	38	9,7%	38	9,7%	18	4,6%
Geralmente	27	6,9%	19	4,9%	27	6,9%	24	6,1%
Sempre	208	53,2%	109	27,9%	112	28,6%	168	43,0%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 15: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “EXPLICA SOBRE A DOENÇA” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	112	28,6%	189	48,3%	194	49,6%	147	37,6%
Nunca	20	5,1%	21	5,4%	21	8,4%	4	1,0%
Explica sobre a doença, mas não especifica frequência	11	2,8%	7	1,8%	6	7,9%	9	2,3%
Raramente	17	4,3%	16	4,1%	9	2,3%	5	1,3%
Às vezes	29	7,4%	33	8,4%	31	1,5%	24	6,1%
Geralmente	35	9,0%	34	8,7%	33	5,4%	17	4,3%
Sempre	167	42,7%	91	23,3%	97	49,6%	185	47,3%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 16: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ENSINA OS CUIDADOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	107	27,4%	188	48,1%	186	47,6%	152	38,9%
Nunca	17	4,3%	14	3,6%	16	4,1%	5	1,3%
Ensina os cuidados, mas não especifica frequência	11	2,8%	7	1,8%	7	1,8%	11	2,8%
Raramente	12	3,1%	17	4,3%	8	2,0%	6	1,5%
Às vezes	26	6,6%	33	8,4%	32	8,2%	15	3,8%
Geralmente	36	9,2%	29	7,4%	26	6,6%	21	5,4%
Sempre	182	46,5%	103	26,3%	116	29,7%	181	46,3%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 17:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “RECOMENDA OS CUIDADOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	113	28,9%	190	48,6%	191	48,8%	150	38,4%
Nunca	20	5,1%	14	3,6%	15	3,8%	6	1,5%
Recomenda os cuidados, mas não especifica frequência	10	2,6%	6	1,5%	6	1,5%	8	2,0%
Raramente	11	2,8%	10	2,6%	13	3,3%	6	1,5%
Às vezes	19	4,9%	39	10,0%	27	6,9%	16	4,1%
Geralmente	34	8,7%	27	6,9%	27	6,9%	23	5,9%
Sempre	184	47,1%	105	26,9%	112	28,6%	182	46,5%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 18:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “MANDA MUDAR HÁBITOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	124	31,7%	201	51,4%	200	51,2%	160	40,9%
Nunca	34	8,7%	31	7,9%	26	6,6%	12	3,1%
Manda mudar hábitos, mas não especifica frequência	9	2,3%	7	1,8%	7	1,8%	6	1,5%
Raramente	11	2,8%	18	4,6%	14	3,6%	8	2,0%
Às vezes	45	11,5%	34	8,7%	33	8,4%	23	5,9%
Geralmente	40	10,2%	29	7,4%	27	6,9%	23	5,9%
Sempre	128	32,7%	71	18,2%	84	21,5%	159	40,7%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 19: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “OUVE OS PROBLEMAS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	105	26,9%	192	49,1%	192	49,1%	157	40,2%
Nunca	18	4,6%	28	7,2%	22	5,6%	15	3,8%
Ouve os problemas, mas não especifica frequência	13	3,3%	7	1,8%	7	1,8%	9	2,3%
Raramente	12	3,1%	15	3,8%	15	3,8%	11	2,8%
Às vezes	31	7,9%	36	9,2%	42	10,7%	23	5,9%
Geralmente	22	5,6%	28	7,2%	21	5,4%	23	5,9%
Sempre	190	48,6%	85	21,7%	92	23,5%	153	39,1%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “CONVERSA SOBRE AS SOLUÇÕES PARA OS PROBLEMAS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	114	29,2%	196	50,1%	195	49,9%	160	40,9%
Nunca	18	4,6%	25	6,4%	21	5,4%	11	2,8%
Conversa sobre as soluções p/ os problemas, mas não especifica frequência	9	2,3%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	16	4,1%	21	5,4%	16	4,1%	13	3,3%
Às vezes	38	9,7%	32	8,2%	37	9,5%	18	4,6%
Geralmente	35	9,0%	34	8,7%	28	7,2%	30	7,7%
Sempre	161	41,2%	79	20,2%	90	23,0%	152	38,9%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%



**QUADRO 21: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “FICA LEMBRANDO OS CUIDADOS QUE A GENTE DEVE TER” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	106	27,1%	191	48,8%	193	49,4%	157	40,2%
Nunca	16	4,1%	25	6,4%	23	5,9%	12	3,1%
Lembra sobre os cuidados, mas não especifica frequência	11	2,8%	5	1,3%	5	1,3%	8	2,0%
Raramente	13	3,3%	16	4,1%	13	3,3%	8	2,0%
Às vezes	30	7,7%	31	7,9%	31	7,9%	18	4,6%
Geralmente	37	9,5%	32	8,2%	29	7,4%	35	9,0%
Sempre	178	45,5%	91	23,3%	97	24,8%	153	39,1%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 22: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ACOMPANHA O TRATAMENTO” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	105	26,9%	192	49,1%	190	48,6%	144	36,8%
Nunca	13	3,3%	25	6,4%	21	5,4%	4	1,0%
Acompanha o tratamento, mas não especifica frequência	10	2,6%	7	1,8%	6	1,5%	11	2,8%
Raramente	20	5,1%	23	5,9%	16	4,1%	12	3,1%
Às vezes	27	6,9%	25	6,4%	31	7,9%	13	3,3%
Geralmente	31	7,9%	33	8,4%	29	7,4%	22	5,6%
Sempre	185	47,3%	86	22,0%	98	25,1%	185	47,3%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 23:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ENTENDE AS DIFICULDADES” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	110	28,1%	198	50,6%	197	50,4%	166	42,5%
Nunca	19	4,9%	30	7,7%	25	6,4%	16	4,1%
Entende as dificuldades, mas não especifica frequência	8	2,0%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	10	2,6%	15	3,8%	14	3,6%	11	2,8%
Às vezes	43	11,0%	35	9,0%	38	9,7%	23	5,9%
Geralmente	38	9,7%	30	7,7%	26	6,6%	31	7,9%
Sempre	163	41,7%	79	20,2%	87	22,3%	137	35,0%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 24:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “VERIFICA SE TOMA OS REMÉDIOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	102	26,1%	194	49,6%	193	49,4%	159	40,7%
Nunca	25	6,4%	30	7,7%	25	6,4%	10	2,6%
Verifica se toma os remédios, mas não especifica frequência	13	3,3%	8	2,0%	7	1,8%	8	2,0%
Raramente	15	3,8%	14	3,6%	15	3,8%	7	1,8%
Às vezes	23	5,9%	26	6,6%	29	7,4%	16	4,1%
Geralmente	33	8,4%	29	7,4%	26	6,6%	29	7,4%
Sempre	180	46,0%	90	23,0%	96	24,6%	162	41,4%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 25: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “MOSTRA A IMPORTÂNCIA DE SE CUIDAR” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	109	27,9%	194	49,6%	192	49,1%	156	39,9%
Nunca	16	4,1%	19	4,9%	17	4,3%	7	1,8%
Mostra a importância de se cuidar, mas não especifica frequência	12	3,1%	7	1,8%	7	1,8%	10	2,6%
Raramente	10	2,6%	16	4,1%	14	3,6%	7	1,8%
Às vezes	25	6,4%	31	7,9%	32	8,2%	13	3,3%
Geralmente	33	8,4%	25	6,4%	24	6,1%	30	7,7%
Sempre	186	47,6%	99	25,3%	105	26,9%	168	43,0%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 26: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “RESOLVE NOSSOS PROBLEMAS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	115	29,4%	194	49,6%	194	49,6%	159	40,7%
Nunca	22	5,6%	25	6,4%	24	6,1%	18	4,6%
Resolve nossos problemas, mas não especifica frequência	6	1,5%	4	1,0%	4	1,0%	5	1,3%
Raramente	22	5,6%	21	5,4%	18	4,6%	13	3,3%
Às vezes	77	19,7%	65	16,6%	62	15,9%	57	14,6%
Geralmente	46	11,8%	36	9,2%	35	9,0%	47	12,0%
Sempre	103	26,3%	46	11,8%	54	13,8%	92	23,5%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 27: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “INSPIRA CONFIANÇA E ADMIRAÇÃO” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	108	27,6%	196	50,1%	198	50,6%	159	40,7%
Nunca	13	3,3%	18	4,6%	20	5,1%	11	2,8%
Inspira confiança e admiração, mas não especifica frequência	10	2,6%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	10	2,6%	15	3,8%	11	2,8%	4	1,0%
Às vezes	34	8,7%	32	8,2%	31	7,9%	21	5,4%
Geralmente	21	5,4%	28	7,2%	25	6,4%	35	9,0%
Sempre	195	49,9%	98	25,1%	102	26,1%	154	39,4%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 28: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “DECIDE PELA GENTE COMO A GENTE DEVE SE CUIDAR” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	132	33,8%	199	50,9%	200	51,2%	168	43,0%
Nunca	70	17,9%	69	17,6%	63	16,1%	39	10,0%
Decide pela gente como se cuidar, mas não especifica frequência	6	1,5%	6	1,5%	5	1,3%	5	1,3%
Raramente	20	5,1%	16	4,1%	15	3,8%	13	3,3%
Às vezes	38	9,7%	29	7,4%	36	9,2%	31	7,9%
Geralmente	30	7,7%	24	6,1%	23	5,9%	27	6,9%
Sempre	95	24,3%	48	12,3%	49	12,5%	108	27,6%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 29:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ME ANIMA PARA QUE CONTINUE ME CUIDANDO” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	97	24,8%	193	49,4%	196	50,1%	154	39,4%
Nunca	14	3,6%	18	4,6%	18	4,6%	9	2,3%
Me anima p/ que continue cuidando, mas não especifica frequência	12	3,1%	7	1,8%	7	1,8%	8	2,0%
Raramente	7	1,8%	9	2,3%	6	1,5%	9	2,3%
Às vezes	20	5,1%	27	6,9%	29	7,4%	18	4,6%
Geralmente	22	5,6%	27	6,9%	22	5,6%	22	5,6%
Sempre	219	56,0%	110	28,1%	113	28,9%	171	43,7%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

Para este trabalho foram utilizados três programas. O EPIINFO – versão 6.0 serviu tanto para a construção do banco de dados, através da tabulação destes, como para a emissão de relatórios e tabelas. O EXCEL foi utilizado na criação de variáveis novas que derivassem da manipulação dos dados obtidos inicialmente e na emissão de alguns quadros de relação entre variáveis, através do recurso de tabela dinâmica. Já o SPSS – student version, foi utilizado para a construção de alguns gráficos, uma vez que a qualidade de gráficos oferecidos pela EPIINFO era insatisfatório e o EXCEL não permite a construção de gráficos a partir do número elevado de eventos desta pesquisa.

## 17. DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS

O sistema de saúde estabelecido no Brasil através da Constituição Federal de 1988 preconiza, dentre outras diretrizes, uma vinculação da Unidade de Saúde com o seu território, a sua área de abrangência. A diferenciação da estratégia denominada Programa de Saúde da Família para as demais não só está nos requisitos mínimos para o seu funcionamento, exigidos pelo Ministério da Saúde, mas também na discussão ampliada e construção coletiva que deve preceder tanto a decisão de implantar equipes como a manutenção do programa. Ela representa não só uma possibilidade de estabelecimento de um vínculo positivo entre a equipe de saúde e a população assistida, com resultados concretos mais permanentes na comunidade no sentido do auto-cuidado, mas trabalha o paciente coletivo não mais como sujeito indefinido – a população. Cada elemento assistido passa a ser personificado, possuir nome e história. Isto deve favorecer mas não necessariamente implicar, no estabelecimento de uma relação de corresponsabilização entre a equipe de saúde e a população sobre sua saúde. É o vínculo estreito e pessoal entre as equipes de saúde da família e as pessoas assistidas que permite valorizar o acúmulo e a vivência de cada um dos atores envolvidos e a harmonização dos vários saberes, popular e técnico, possibilitando um maior exercício da liderança transformacional. A reconstrução das realidades interiores de cada pessoa envolvida no processo, seja de que lado esteja, é que possibilita reais modificações no cotidiano dos profissionais de saúde e das famílias assistidas.

Como dito anteriormente no Capítulo “Objetivos”, nos deteremos apenas a um dos sentidos desta relação: a que vai da equipe de saúde para a população. Desta forma, a coleta de dados foi realizada apenas em um dos atores envolvidos – supostamente na condição de subordinados.

Dado que o perfil dos informantes deve refletir diretamente nas respostas encontradas no questionário, resgatamos algumas características importantes para posterior discussão e análise.

- 84,6% das pessoas que responderam o questionário possuem idade entre 40 e 79 anos (tabela 02), período de grande prevalência das doenças em questão. Esta informação é coerente com o fato de 73,9% dos informantes (tabela 13) serem os próprios portadores da hipertensão e/ou diabetes;

- Dos informantes que não são os próprios portadores; 3,1% é esposo ou esposa do portador e 38,2% é filho deste;
- 73,7% dos informantes são do sexo feminino (tabela03);
- A grande maioria dos informantes são casados / amasiados (57,0%) ou viúvos (22,5%) – (tabelas 05 e 06);
- Uma parcela significativa (14,6%) dos informantes afirma não ter estudado e 51,5% afirma ter estudado até a 4ª série do ciclo básico (tabela 07);
- 60,3% dos informantes não possuem ocupação, declarando-se “desempregado” ou “aposentado” e cerca de 5,1% classificaram-se como “do lar” (tabela 09). Esta população, em geral, permanece em casa durante o período de trabalho da equipe de saúde;
- Dos 57 informantes que mantêm emprego formal, 27 (47,4%) estão ausentes no lar durante todo o período de trabalho da equipe de saúde (tabela 10);
- Em relação à renda familiar mensal, existe uma concentração de famílias informantes (82,6%) com renda familiar mensal de até 5 salários mínimos. Para as famílias, não existe uma correlação direta estabelecida entre o número de moradores na residência e a renda familiar mensal (quadro 30 – anexo 20);
- 7,2% dos informantes moram sozinhos e portanto, são os próprios portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes (tabela 12).

Todos estes aspectos apontados no perfil dos informantes refletem de maneira direta no sentimento de necessidade do cuidado, seja para a doença estabelecida, seja para o risco de desenvolvê-la. Também interferem diretamente nas descrições de importância dos vários sujeitos para a adoção dos cuidados e na percepção das atitudes das equipes de saúde da família.

Sendo assim, retornemos às hipóteses iniciais deste trabalho.

**HIPÓTESE I:** “As famílias assistidas pelas equipes de saúde da família da Coordenação Norte do QUALIS II apresentam modificações de comportamento no controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes melito já estabelecidos.”



**HIPÓTESE II:** “A mudança de comportamento apresentada pelas famílias possui uma correlação positiva com a maior frequência de atitudes transformacionais apresentadas pelos integrantes das equipes de saúde da família quando comparadas àquelas relacionadas à liderança transacional.”

Em relação ao primeiro objetivo, o de verificar mudanças ocorridas no cotidiano das famílias assistidas depois da implantação do QUALIS II, pudemos perceber no item “Resultados” um número significativo de mudanças referidas após a implantação do Programa de Saúde da Família na região, representando ampla maioria da população-alvo. Para tal análise utilizaremos as respostas derivadas da pergunta 06 do questionário. Na tabela 34, derivada desta questão, faz-se o resgate das modificações trazidas com o QUALIS apenas para as famílias informantes que descobriram a doença antes do programa começar e podemos perceber que apenas 5,8% referem não ter havido modificações mesmo depois da implantação das equipes de saúde da família.

**TABELA 34:** FREQUÊNCIA DE INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA NA FAMÍLIA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS E NÃO REFEREM NENHUMA MODIFICAÇÃO EM SEU COTIDIANO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>F. ABS.</b>	<b>F. REL.</b>
Não respondeu	35	11,4%
Nada mudou, mesmo com a implantação do QUALIS ou não respondeu	18	5,8%
Refere alguma mudança depois da implantação do QUALIS	255	82,8%
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>

Embora a pergunta 01 do questionário tente abordar as modificações adotadas a partir da descoberta da doença, muitos informantes mencionaram situações de mudança de comportamento relacionadas com a atuação das equipes de saúde da família. Podemos perceber isto através das observações colocadas nos itens descritivos desta questão (verificar itens em negrito no quadro 31 – anexo 21).

Este viés impossibilitou a análise comparativa entre os períodos definidos como antes e depois da implantação do QUALIS nas Unidades de Saúde da região. Neste sentido, as modificações citadas pelas famílias informantes tanto na pergunta 01 (quando da descoberta da doença) como na pergunta 06 (quando da implantação do QUALIS) do questionário podem servir apenas para refletir sobre alguns pontos.

**QUADRO 32:** RESUMO DA DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO MODIFICAÇÕES OU NÃO MODIFICAÇÕES PERCEBIDAS QUANDO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

MODIF. RELATADAS DESDE A DESCOBERTA DA DOENÇA	Não mudou		Mudou		Não respondeu	
	F. Abs. n	F. Rel. %	F. Abs. n	F. Rel. %	F. Abs. n	F. Rel. %
Remédio	76	19,4	252	64,5	63	16,1
Tipo de Comida	80	20,5	216	55,2	95	24,3
Preparo da Comida	85	21,7	201	51,4	105	26,9
Exercícios	155	39,6	114	29,2	122	31,2
Visitas ao médico	78	19,9	220	56,3	93	23,8
Contato com outros funcionários da unidade de saúde	112	28,6	161	41,2	118	30,2
Casa	100	25,6	181	46,3	110	28,1

Ao analisarmos o quadro 32, derivado da pergunta 01 do questionário, podemos perceber que a “não mudança” ocorre, dependendo do item considerado, num percentual que varia de 19,4% (administração de medicamentos) a 39,6% (exercícios físicos). Entretanto, o índice de “não resposta” apresenta-se bastante significativo, variando de 16,1% (no caso de remédio) a 31,2% (no item exercícios), o que dificulta conhecer com precisão o percentual de hábitos modificados em cada um dos quesitos abordados no quadro. Além disso, a abordagem de mudanças alcançadas depois da implantação do QUALIS nesta pergunta também dificulta a utilização destes indicadores para a leitura da situação pré-implantação.

Mesmo com essas ressalvas, podemos levantar algumas indicações interessantes. Podemos verificar como itens de maior adesão para modificação de hábitos do cotidiano a administração de medicamentos, a modificação do tipo ou preparo da comida e as visitas ao médico. Este tripé corresponde basicamente ao que tradicionalmente é mais comum nos programas de tratamento da hipertensão arterial e do diabetes. Além disso, estes são os quesitos mais abordados aos portadores e suas famílias, tanto pela equipe de saúde como pelo material educativo desenvolvido para os portadores destas patologias. Outras questões consideradas cientificamente importantes na modificação do cotidiano destas pessoas ficam em segundo plano. A prática regular de exercícios físicos, por exemplo, é abordado com menor ênfase pelas equipes de saúde e, não raramente, trabalhado exclusivamente sobre a atividade de caminhada. Outras atividades físicas de livre escolha dos portadores não são consideradas ou estimuladas. Talvez por isso a prática de exercícios físicos ganha uma adesão tão

pequena entre as modificações adotadas no cotidiano (39,6%) dos portadores. Esta não valorização, ou não evidencição, deste quesito pela população também pode representar apenas uma réplica dos valores intrínsecos das equipes de saúde.

Quando verificamos o quadro 10, derivado da pergunta 06 do questionário, podemos perceber que existem algumas semelhanças entre as respostas obtidas nas duas questões, apesar dos quantitativos serem diferentes. O item que versa sobre os exercícios físicos regulares, por exemplo, continua apresentando item de maior resistência à mudança. Podemos também perceber que o quesito “alimentação” continua entre aqueles de maior modificação entre os informantes. Além deste, outros quesitos que referem modificações em maior número de famílias são “Controla a doença com maior frequência” e “Convive mais com as pessoas do posto de saúde”, como verificamos abaixo.

**QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO MODIFICAÇÕES PERCEBIDAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

MODIFICAÇÕES PERCEBIDAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO QUALIS	SIM		NÃO	
	F. ABS.	F. REL.	F. ABS.	F. REL.
Deixou de tomar remédios por estar controlando melhor a doença.	23	7,5%	285	92,5%
Convive mais com as pessoas do posto de saúde.	158	51,3%	150	48,7%
Controla a doença com maior frequência.	214	69,5%	94	30,5%
Começou a fazer exercícios com regularidade.	73	23,7%	235	76,3%
Parou de fazer auto-medicação.	92	29,9%	216	70,1%
Conheceu mais amigos.	121	39,3%	187	60,7%
Começou a sair mais.	81	26,3%	227	73,7%
Participa dos grupos.	62	20,1%	246	79,9%
Mudou a comida.	142	46,1%	166	53,9%

Outros casos de modificações foram citados livremente na questão 06 do questionário e estão elencadas no quadro 11. A importância destes relatos, mais do que os resultados concretos obtidos, é a espontaneidade com que foram feitos. Estas referências surgiram livremente, oriundos das percepções dos próprios informantes, uma vez que não estão colocados no instrumento de pesquisa utilizado.

**QUADRO 11:** OUTRAS MODIFICAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO PROJETO QUALIS SER IMPLANTADO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

**OUTRAS MODIFICAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO QUALIS SER IMPLANTADO**

Durmo melhor.

Tenho ânimo.

Faz tempo que não interno.

Vou ao baile dos idosos.

Fiquei mais em casa.

Vai todo mês nos hospitais e fica mais.

Outra questão importante na observação deste quadro é que, com exceção do último item citado, e talvez do penúltimo, todas as outras afirmações são de caráter eminentemente positivo do ponto de vista da qualidade de vida pretendida para a população-alvo.

Em relação à natureza das modificações do cotidiano, o quadro 33 traz o descritivo destas mudanças citadas na pergunta 01 do questionário. Podemos observar que, em todos os itens abordados, existe uma mudança temporária nos hábitos, que varia de 4,3% (no caso do “contato com outros funcionários da Unidade de Saúde”) a 9,5% (no quesito “remédio”). Esta informação pode sugerir uma prevalência na utilização da liderança transacional sobre a transformacional, muito embora a análise da questão 01 deva ser feita com ressalvas.

**QUADRO 33:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO MODIFICAÇÕES PERCEBIDAS QUANDO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	Não mudou		Mudou por um tempo		Mudou só para a pessoa		Mudou para a família		Mudou, mas não específica		Não respondeu	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
MODIF. RELATADAS DESDE A DESCOBERTA DA DOENÇA	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Remédio	76	19,4	37	9,5	137	35,0	51	13,0	27	6,5	63	16,1
Tipo de Comida	80	20,5	30	7,7	96	24,6	71	18,2	19	4,9	95	24,3
Preparo da Comida	85	21,7	22	5,6	81	20,7	80	20,5	18	4,6	105	26,9
Exercícios	155	39,6	22	5,6	63	16,1	17	4,3	12	3,1	122	31,2
Visitas ao médico	78	19,9	24	6,1	132	33,8	37	9,5	27	6,9	93	23,8
Contato com outros funcionários da Unidade de Saúde	112	28,6	17	4,3	72	18,4	47	12,0	25	6,4	118	30,2
Casa	100	25,6	18	4,6	68	17,4	76	19,4	19	4,9	110	28,1

Vale a pena lembrar que o preenchimento da questão 01 foi solicitado a todos os informantes, enquanto que a questão 06 destinava-se apenas àquelas famílias que haviam descoberto a doença antes do QUALIS ser implantado.

Como pudemos verificar, as modificações a serem incorporadas são inúmeras. Mais do que isto, são mudanças que devem permanecer por toda a vida dos portadores para o controle da patologia. Esta problemática contribui para que a adesão aos cuidados seja difícil e negligenciada com o passar do tempo. O exercício de atitudes transacionais teoricamente levam a mudanças temporárias de hábitos entre os portadores, uma vez que não implicam em real modificação de valores e crenças desta população. Desta forma, apenas a transformação interior poderia trazer um caráter permanente e autônomo à adoção de hábitos saudáveis. Estudos posteriores poderiam verificar a correlação entre a predominância das ações transformacionais sobre as transacionais e a condição de perpetuação das modificações de comportamento nesta população.

No quadro 04, apresentado em “Resultados” e reproduzido a seguir, pudemos perceber que o principal fator citado para justificar a não adesão do paciente aos novos hábitos foi “Porque o paciente não acha isso tão importante ou tem preguiça de fazer os cuidados” (34,0%), seguido de “Por falta de dinheiro” (27,1%), “Porque não sabe o que tem que fazer” (20,5%) e “Porque não é necessário” (16,9%).

QUADRO 04: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO DIFICULDADES OU RAZÕES QUE JUSTIFIQUEM A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

JUSTIFICATIVAS PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	SIM		NÃO	
	F. ABS.	F. REL.	F. ABS.	F. REL.
Porque não é necessário.	66	16,9%	325	83,1%
Por falta de dinheiro.	106	27,1%	285	72,9%
Porque o paciente não acha isso tão importante ou tem preguiça de fazer os cuidados.	133	34,0%	258	66,0%
Porque não sabe o que tem que fazer.	80	20,5%	311	79,5%
Obs: as frequências não somam 100,0% porque as alternativas não são mutuamente excludentes.				

Um estudo importante neste momento é verificar a relação entre os informantes que citaram o item “Por falta de dinheiro” como fator determinante da

adesão ao tratamento e sua ocupação atual. Desta forma, dos 106 informantes (27,1% do total) que fizeram esta afirmação, temos:

**TABELA 35:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES QUE AFIRMARAM SER A FALTA DE DINHEIRO UMA JUSTIFICATIVA PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO SEGUNDO OCUPAÇÃO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>FREQÜÊNCIA RELATIVA</b>
Desempregado	30	28,3%
Aposentado	40	37,7%
Autônomo	15	14,2%
Emprego formal	16	15,1%
Não respondeu	5	4,7%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100,0%</b>

Ao compararmos esta distribuição com aquela apresentada pelo total da população de informantes, podemos perceber que a freqüência relativa de desempregados é levemente maior do que aquela apresentada no total geral.

Estabelecendo a relação qui-quadrado, temos:

**QUADRO 34:** TABELA DE CONTINGÊNCIA PARA VERIFICAR CORRELAÇÃO POSITIVA ENTRE A OCUPAÇÃO “DESEMPREGADO” E A AFIRMAÇÃO “FALTA DE DINHEIRO” COMO FATOR DETERMINANTE PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>Desempregado</b>	<b>Não Desempregado</b>	<b>TOTAL</b>
Referem importância da falta de dinheiro para a adesão ao tratamento	30	76	106
Não referem o quesito dinheiro como importante para a adesão ao tratamento	53	232	285
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>308</b>	<b>391</b>

**QUADRO 34-A:** TABELA DE VALORES ESPERADOS

	<b>Desempregado</b>	<b>Não Desempregado</b>	<b>TOTAL</b>
Referem importância da falta de dinheiro para a adesão ao tratamento	23	83	106
Não referem o quesito dinheiro como importante para a adesão ao tratamento	60	225	285
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>308</b>	<b>391</b>

Calculando o qui-quadrado, chegamos a um valor de 3,76. Sabendo que o qui-quadrado crítico, com grau de liberdade  $(2 - 1) \times (2 - 1) = 1$  e confiança de 5%, é de 3,84; não encontramos evidência estatística para rejeitar a hipótese de que estes dois fatores não estejam relacionados. Em outras palavras, pode haver relação entre os informantes “desempregados” e a escolha do item “falta de dinheiro” como fator que justificaria a não adesão ao tratamento.

No quadro 05, existem outras justificativas citadas livremente pelos informantes. Parte destas justificativas trazem contribuições para o aprimoramento das ações educativas praticadas pelas equipes de saúde. Parte servem apenas de estímulo para a reflexão de outras variáveis que podem estar determinando ou influenciando no processo de incorporação de hábitos.

**QUADRO 05: OUTROS MOTIVOS CITADOS PARA JUSTIFICAR A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>MOTIVO PARA JUSTIFICAR A NÃO ADESÃO</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>
Difícil mudar rotina. Falta de costume.	5
Alguns não sabem da gravidade do caso.	3
Informações não são suficientes ou não chegam de forma clara.	3
A demora no atendimento desanima.	2
Falta de compreensão e apoio da família.	2
Falta de tempo.	2
Não posso andar.	2
Nervoso / Preocupação	2
Falta de instrução.	1
Falta de liberdade para fazer o que quero.	1
Falta de união entre médico e doente.	1
Morar sozinha.	1
Muito rígido.	1
Não posso ir ao Posto de Saúde porque trabalho.	1
Não tem gente para levar.	1
Pessoa não acredita que pode controlar a doença e viver bem.	1
Pessoa recusa cuidados e remédios.	1
Remédio deixa zozza.	1
Stress.	1
Suspendo Quando me sinto melhor.	1
Trabalho e como fora de casa.	1

Uma das vertentes a ser considerada na implantação do programa de saúde da família é considerar a interferência de um contexto familiar e social na adoção dos



hábitos saudáveis, o que abre a possibilidade da incorporação de outros sujeitos nas atividades de educação em saúde. Nos quadros seguintes, retomamos alguns pontos importantes da importância dada a cada um dos atores sociais na mudança positiva de comportamento, do ponto de vista dos informantes da pesquisa.

**QUADRO 35: QUADRO COMPARATIVO DA IMPORTÂNCIA DADA A DIVERSOS ATORES SOCIAIS SEGUNDO INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	Vizinhos, amigos ou parentes que não moram junto		Parentes ou outras pessoas que moram na mesma casa		Pessoal da Unidade de Saúde		Farmacêuticos, curandeiros, outros	
	F. Abs.	F. Rel.	F. Abs.	F. Rel.	F. Abs.	F. Rel.	F. Abs.	F. Rel.
<b>Relata importância mas não especifica graduação.</b>	10	2,6%	24	6,1%	45	11,5%	1	0,3%
<b>Muita importância.</b>	56	14,3%	187	47,8%	222	56,8%	19	4,9%
<b>Alguma importância.</b>	72	18,4%	45	11,5%	36	9,2%	26	6,6%
<b>Pouca importância.</b>	45	11,5%	16	4,1%	16	4,1%	45	11,5%
<b>Nenhuma importância.</b>	62	15,9%	12	3,1%	4	1,0%	121	30,9%
<b>Não respondeu</b>	146	37,3%	107	27,4%	68	17,4%	179	45,8%
<b>Total</b>	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

Quando verificamos, no quadro 35, os graus de importância atribuídos aos diversos atores sociais envolvidos com o cotidiano do portador, podemos observar grande destaque para “parentes ou outras pessoas que moram na mesma casa” (47,8% - muita importância e 11,5% - alguma importância, totalizando 59,3% dos informantes) e “pessoal da Unidade de Saúde” (56,8% - muita importância e 9,2% - alguma importância, o que significa 66,0% do total). Outras pessoas da comunidade também são citadas como sujeitos importantes na adesão dos portadores ao tratamento, mas com uma ponderação relativa menor, quando comparado às categorias anteriores: 14,3% dos informantes julgam-nos de muita importância e 18,4%, de alguma importância, totalizando 32,7% dos informantes.

Desta forma, reforça-se a necessidade de trabalhar as pessoas do convívio dos portadores da hipertensão arterial sistêmica ou do diabetes melito nas atividades que tenham como objetivo a mudança de comportamento destes últimos. Os dados indicam que principalmente os familiares e outras pessoas que moram na mesma casa do indivíduo portador podem exercer uma influência positiva sobre este, contribuindo para a adoção dos hábitos “saudáveis”. Esse fato pode ser vislumbrado como uma nova possibilidade de atuação ou um recurso adicional para a equipe de saúde. Indo além,



podemos pretender que a atuação dessas equipes extrapole o objetivo do cuidado ao portador e trabalhe preventivamente todos os membros desta família. Se entendemos que um dos diferenciais do Programa de Saúde da Família é a possibilidade de trabalhar com o risco de desenvolvimento de doenças e que tanto a hipertensão arterial como o diabetes melito apresentam um componente hereditário reconhecido cientificamente desde a década de 1970, podemos desejar que, de forma ideal, possa se trabalhar com a modificação de comportamento de todos os membros da família, antes mesmo do desenvolvimento da doença.

Pelos dados apresentados no quadro 35, um ponto que merece atenção especial é a importância dada pelos informantes às equipes de saúde. Guardada sua devida e real relevância, deve-se atentar para que esta relação não implique em uma dependência total e permanente da população, seja em relação aos portadores, seja em relação aos seus familiares. Em alguns casos, as pessoas que habitam o mesmo espaço que o portador delegam a função do “convencimento do portador” e “cobranças do comportamento” às equipes de saúde, se abstendo desta função.

Segundo os informantes, existem várias ações entendidas como importantes para auxiliar o portador na adesão ao tratamento (anexo 22). Quando observamos a natureza destas ações, podemos perceber que a grande maioria pode ser exercida por toda gama de sujeitos em questão: equipes de saúde, família, membros da comunidade, além do próprio portador. Neste exercício de reflexão sobre o tipo de relação que estamos estimulando entre os serviços e a população assistida, ainda cabe pensar sobre como a construção dos papéis de cada um destes atores sociais no processo de modificação de hábitos pelos portadores de DCNT pode ser realizada com base numa constante troca entre os sujeitos para que seja verdadeiramente assumida por todas as partes.

Uma das diferenciações apresentadas pelo Programa de Saúde da Família ocorre na possibilidade de análise, caso a caso, das estratégias de envolvimento de sujeitos com maior possibilidade de exercício da liderança transformacional na abordagem daquele determinado paciente ou família para a modificação de hábitos.

Resgatamos também os quadros 08 e 09, referente a dificuldades para a adesão e outras observações importantes para auxiliar nesta reflexão.

**QUADRO 08:** QUADRO DE DIFICULDADES CITADAS PELOS INFORMANTES NA ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

### **DIFICULDADES CITADAS PELOS INFORMANTES NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

Deveriam Ter mais condição de explicar como podem ajudar.  
 Poderia ser melhor se não faltasse médico e tivesse mais especialidades.  
 Os agentes precisam estar mais vezes, não só uma vez por mês.  
 Exige muito.  
 Família gera preocupação e nervoso.  
 Se preocupam só quando a doença se manifesta, quando não se sente bem.  
 Não gosta de mim.  
 Não ligam porque não acham importante.  
 Moro sozinha.  
 Sozinho é impossível de se cuidar.  
 Sozinho ninguém vive.  
 Curiosos só atrapalham.  
 Tem sempre alguém querendo medicar o outro.

**QUADRO 09:** QUADRO DE OBSERVAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

### **OBSERVAÇÕES CITADAS PELOS INFORMANTES SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO**

É você mesmo que tem que se cuidar.  
 Tenho fé.  
 Pessoas mais próximas são mais fáceis de ajudar porque se pode confiar.  
 Todos ficam espertos quando tem uma crise.  
 Pessoal é especializado.  
 Tratam todos iguais e muito bem.  
 Os funcionários são excelentes.  
 Só o pessoal do posto me ajuda.  
 Tem que ser mais humano.

Os dados contidos nos quadros anteriores foram resgatados porque raramente fazem parte da pauta de discussão das equipes de saúde, mas podem apresentar-se como um fator importante na análise de casos de insucesso para a mudança de hábitos ou adesão ao tratamento, inclusive quando trata de elogios à atuação das equipes.

Outro dado importante obtido no quadro 09 é a fala de um dos informantes que coloca ele mesmo como o sujeito importante para a adesão ao tratamento. Nos serviços de saúde, o discurso do incentivo ao auto-cuidado deve resultar em várias

respostas desta mesma natureza. Isto é reforçado por um dos depoimentos contidos no quadro 06.

**QUADRO 06:** OUTROS ATORES SOCIAIS CITADOS COMO IMPORTANTES PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

<b>ATORES CITADOS COMO IMPORTANTES</b>	<b>FREQ. ABSOLUTA</b>
Agente Comunitário de Saúde	1
Médico do Posto	1
Médico	4
Convênio	1
Pessoas da comunidade	1
Pessoas mais velhas	1
Pessoas de pouca importância	1
<b>Eu mesma</b>	<b>1</b>
Deus	1
Todos	1

Retornando à contribuição de SOUSA (2000, p.7), “o vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias propicia espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde”. Neste sentido, a co-responsabilização da população sobre a sua própria saúde através da modificação do cotidiano das famílias em questão sempre foi um alvo almejado por todos os planejadores de sistemas de saúde. E entendendo que o exercício da liderança transformacional pode promover modificações permanentes e autônomas de comportamento, ele contribui para um avanço da atenção prestada à população, representando um ganho qualitativo na relação estabelecida entre a população e equipe de saúde.

Se observarmos os quadros 12 a 29 (anexo 23), podemos perceber que, para todas as ações de saúde praticadas pela equipe de saúde, os casos de não resposta são mais frequentes para as figuras dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Uma hipótese levantada pelas próprias equipes de saúde é que a população assistida nem sempre identifica estas pessoas, uma vez que sua atuação não fica restrita aos moradores da área de abrangência de sua equipe de saúde. As atividades básicas de enfermagem da Unidade de Saúde, como inalação, vacinas, curativos e outros, são desenvolvidas pelas equipes de enfermagem independentemente de sua ligação com as equipes de saúde da família em que estão inseridas.

Verificando uma outra formatação de quadro, contida nos anexos 24, 25, 26 e 27, podemos verificar como as ponderações se comportam para o mesmo integrante da equipe de saúde, através das ações especificadas no quadro. Desta forma, podemos observar que:

- Fica novamente evidenciado a quantidade de não respostas contidas nos quadros referentes à atuação dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros das equipes de saúde da família.
- No quadro referente à atuação do agente comunitário de saúde, com exceção de três itens (“Decide pela gente como a gente deve se cuidar”, “Resolve nossos problemas” e “Manda mudar hábitos”, que possuem a alternativa “sempre” em um percentual menor que 32,7%), todas as outras ações de saúde receberam esta resposta em frequências relativas que variam de 41,2% a 56,0%. Isto pode estar evidenciando a valorização da população para o trabalho do agente de saúde.
- No caso dos auxiliares de enfermagem, os mesmos três itens são evidenciados quando consideramos a frequência relativa de “sempre”. Porém, em todas as atitudes consideradas pelo quadro, a frequência relativa de “sempre” é reduzida quando comparado ao quadro relativo aos agentes comunitários de saúde (variam de 20,2% a 27,9%).
- No quadro referente à atuação dos enfermeiros das equipes de saúde da família, apenas as afirmações “Decide pela gente como a gente deve se cuidar” e “Resolve nossos problemas” apresentam-se com uma frequência relativa de alternativas “sempre” menor (12,5% e 13,8%, respectivamente). No caso de “Manda mudar hábitos”, a quantidade de ponderações “sempre” volta a se igualar com as demais atitudes, compondo um corpo de frequências relativas “sempre” que variam de 21,5% a 29,7%. Apenas uma das ações consideradas no quadro, “Explica sobre a doença”, possui uma frequência relativa de ponderações “sempre” muito maior que os demais itens (49,6%).
- Em relação aos médicos das equipes de saúde da família, as frequências relativas da alternativa “sempre” voltam a aumentar. Uma das hipóteses para que isto tenha ocorrido é o carisma que ainda cerca a figura médica na área da saúde. Novamente, somente os dois itens, que versam sobre a decisão de se cuidar e resolver os problemas, encontram frequência relativa menor que os demais itens do quadro: 27,3% e 23,5%, respectivamente. Outro ponto importante é que, muito embora a

freqüência relativa de “sempre” tenha aumentado, a quantidade de não respostas apresentadas nos dois quadros anteriores, referentes a atuação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, se mantém em níveis bastante altos: 36,8% a 43,0%.

Independentemente das observações já consideradas anteriormente, que conseguem evidenciar um perfil percebido de ações dos integrantes das equipes de saúde da família, o estudo da predominância das atitudes transformacionais sobre as transacionais ou vice-versa ainda se faz necessário para comprovar a segunda hipótese estabelecida neste estudo.

**HIPÓTESE II:** “A mudança de comportamento apresentada pelas famílias possui uma correlação positiva com a maior freqüência de atitudes transformacionais apresentadas pelos integrantes das equipes de saúde da família quando comparadas àquelas relacionadas à liderança transacional.”

Neste sentido, criamos um artifício para tentar referir um padrão de comportamento predominante. Inicialmente, todas as ações citadas na pergunta 04 do questionário receberam uma pontuação, de “zero” a “seis”, de acordo com a freqüência com que cada um dos componentes da equipe de saúde da família realizam a ação. Desta forma, adotamos a seguinte ponderação:

**QUADRO 40:** DESCRITIVO DAS PONDERAÇÕES UTILIZADAS PARA O PREENCHIMENTO DO BANCO DE DADOS REFERENTE A PERGUNTA 04 DO QUESTIONÁRIO, QUE VERSA SOBRE AS FREQUÊNCIAS SOBRE AS ATITUDES PRATICADAS POR CADA ELEMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.

<b>PONDERAÇÃO UTILIZADA</b>	<b>DESCRITIVO</b>
0	Não respondeu
1	Nunca
2	Faz, mas não especifica freqüência da ação
3	Raramente
4	Às vezes
5	Geralmente
6	Sempre

Podemos observar que esta ponderação não obedece àquela determinada pelo questionário. Desta forma, as ponderações foram modificadas no próprio banco de dados, mediante recurso EXCEL de substituição do conteúdo de células, para permitir posterior estudo. Seguindo esta nova codificação, quanto mais freqüentemente o integrante da equipe de saúde da família realizar cada uma das ações, maior o número utilizado para identificar a categoria.

Em seguida, todos os comandos contidos no quadro correspondente à pergunta 04 do questionário foram separados entre ações de natureza transacional e transformacional. Muitas destas atitudes podem ser utilizadas de ambas as formas, principalmente quando observamos que não há uma linha clara de separação entre elas. Desta forma, foi adotada uma concepção de senso comum sobre as palavras de comando incluídas em cada ação da lista. Por exemplo, no caso de “Ensina os cuidados”, ele foi considerado transacional pois neste mesmo senso comum o verbo “ensinar” implica em uma via de mão única, que vai do “mais sábio” para o “menos sábio”. Da mesma forma, “acompanha o tratamento” foi considerado, para este estudo, um componente transacional, inferindo um comportamento mais passivo da equipe de saúde em relação à condição do tratamento dos portadores.

Segue-se o quadro de separação entre as ações transacionais e transformacionais:

**QUADRO 41: DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES CITADAS NA PERGUNTA 04 SEGUNDO NATUREZA TRANSACIONAL OU TRANSFORMACIONAL.**

**Ações de natureza transacional**

Manda obedecer.  
Faz elogios quando a gente se cuida.  
Ensina os cuidados.  
Manda mudar hábitos.  
Fica lembrando os cuidados que a gente deve ter.  
Acompanha o tratamento.  
Verifica se toma os remédios.  
Resolve nossos problemas.  
Decide pela gente como a gente deve se cuidar.

**Ações de natureza transformacional**

Dá a atenção que deveria.  
Explica sobre a doença.  
Recomenda os cuidados.  
Ouve os problemas.  
Conversa sobre as soluções sobre estes problemas.  
Entende as dificuldades.  
Mostra a importância de se cuidar.  
Inspira confiança e admiração.  
Me anima para que continue me cuidando.

Após esta separação, todas as ações de caráter transacional ganharam um fator (-) e todas aquelas de natureza transformacional continuaram (+), independentemente do peso que receberam pela freqüência da ação. Desta forma, foi

possível distingui-las em dois grandes grupos – um transacional e outro transformacional. Ilustramos, a seguir, o banco de dados deste estudo, no que diz respeito a tabulação desta questão para melhor visualização do procedimento:

Informante	...	1acs	2acs	3acs	4acs	5acs	6acs	7acs	...	18acs	ACS
1	...	-4	-6	0	0	-6	+6	0	...	0	-34
2	...	-3	-6	+3	+1	-4	+4	-6	...	+1	-19
3	...	0	-6	+6	+6	-6	0	0	...	+6	+24
4	...	-4	-6	+5	0	0	0	0	...	0	-5
5	...	-6	-5	+6	+6	-6	+6	-6	...	+6	+8
6	...	0	-3	+3	0	-1	0	-6	...	+1	-8
7	...	0	-6	+6	0	-6	0	0	...	+6	+12
8	...	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0
9	...	-3	-3	+3	+3	-3	+3	-3	...	+1	-6
10	...	-6	-6	+6	+6	-6	+6	-6	...	0	-6
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Verificamos acima o resultado dos dois procedimentos descritos anteriormente. No banco de dados, cada linha corresponde a um questionário respondido e por isso a identificação do informante por números: 1, 2, 3, 4, ... A coluna “1acs” corresponde à frequência com que o Agente Comunitário de Saúde (acs), realiza a primeira ação contida no quadro, ou seja, “manda obedecer”. Neste caso, o informante número 1 coloca que o ACS “manda obedecer” somente “às vezes”; enquanto o informante 2 acha que o agente pratica esta mesma ação “raramente”; o terceiro informante não respondeu e assim por diante. Na coluna “2acs” temos definida, pelos informantes, a frequência com que eles sentem que o ACS “faz elogios quando a gente se cuida”, segunda atitude listada no quadro. A leitura da coluna segue a mesma lógica de tabulação da coluna anterior.

Conforme exposto anteriormente, podemos perceber também que as colunas “1acs”, “2acs”, “5acs” e “7acs”, por exemplo, possuem valores sempre negativos. Isto identifica-os em um único grupo, de caráter mais transacional. Por outro lado, as colunas “3acs”, “4acs”, “6acs” e “18acs”, como demonstrado, apresentam uma carga sempre positiva, caracterizando sua natureza transformacional.

Um terceiro procedimento foi necessário para a preparação da análise do comportamento transacional/transformacional. Para cada integrante da equipe de saúde da família foi aberta uma nova coluna. No caso do agente de saúde, esta coluna foi denominada “ACS”. Os números contidos nesta coluna derivam da somatória,



informante a informante, do que foi tabulado para cada ação de saúde do ACS (considerando peso e fator positivo ou negativo). Desta forma, a somatória de todos os valores descritos pelo informante número 1 para as ações do ACS, contidas nas colunas que vão de “1acs” até “18acs”, resultou no valor “-34”. Por outro lado, para o informante 2, o mesmo procedimento determinou um valor igual a “-19”. Os dados originados dos questionários destes dois informantes resultaram em um resultado que se traduz pela maior frequência na utilização das ações transacionais do que das ações transformacionais. Em relação ao informante 3, por exemplo, a mesma somatória resultou em “+24”, o que representa uma maior utilização das ações transformacionais do que transacionais, em termos de frequência de ações.

Desta forma, a ponderação final dada às atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde pode variar de -n à +n, cabendo as seguintes observações:

- Os resultados “zero”, mais frequentes para todas as categorias, podem corresponder a três casos distintos: o informante não respondeu ao quadro; o informante quis valorizar ou não a ação daquele integrante da equipe, dando o mesmo peso para todas as suas atitudes; ou as atitudes transacionais ocorrem na mesma frequência das atitudes transformacionais.
- Quanto mais positivos, maior a frequência das atitudes transformacionais sobre as transacionais.
- Quanto mais negativo, com mais frequência são utilizadas as atitudes transacionais quando em comparação com as ações transformacionais.

Este procedimento foi repetido para cada um dos integrantes das equipes de saúde da família, resultando nas colunas AENF, ENF e MED, referente aos resultados obtidos pelos auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, respectivamente.

Para a elaboração das tabelas referentes à atuação da equipe como um todo, as ponderações finais dadas às equipes são resultado da média simples de todas as pontuações finais de cada um dos integrantes da equipe para cada um dos questionários tabulados. Ilustrando, temos:



Informante	...	ACS	...	AENF	...	ENF	...	MED	EQUIPE
1	...	-34	...	-34	...	-34	...	-34	-34
2	...	-19	...	0	...	0	...	-22	-10
3	...	+24	...	0	...	0	...	-19	+1
4	...	-5	...	+6	...	+10	...	-17	-2
5	...	+8	...	+6	...	-2	...	-12	0
6	...	-8	...	-2	...	-2	...	-12	-6
7	...	+12	...	+18	...	+12	...	-12	+8
8	...	0	...	0	...	0	...	-11	-3
9	...	-6	...	-6	...	-6	...	-10	-7
10	...	-6	...	-10	...	-8	...	-9	-8
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Em outras palavras, quando verificamos o informante número 1, o resultado final atribuído à equipe, “-34”, é resultante da média simples entre (-34) atingido pelo ACS, (-34) conseguido pelo auxiliar de enfermagem, (-34) obtido pelo enfermeiro e (-34) atribuído ao médico da equipe. Já para o segundo informante, a equipe de saúde conseguiu uma pontuação de “-10”. Este resultado derivou da média simples de (-19), conseguido pelo ACS; (0), do auxiliar de enfermagem; (0), do enfermeiro e (-22), do médico. E assim por diante.

As tabelas seguintes referem-se às distribuições destas somatórias, para as equipes de saúde e para cada um destes integrantes.

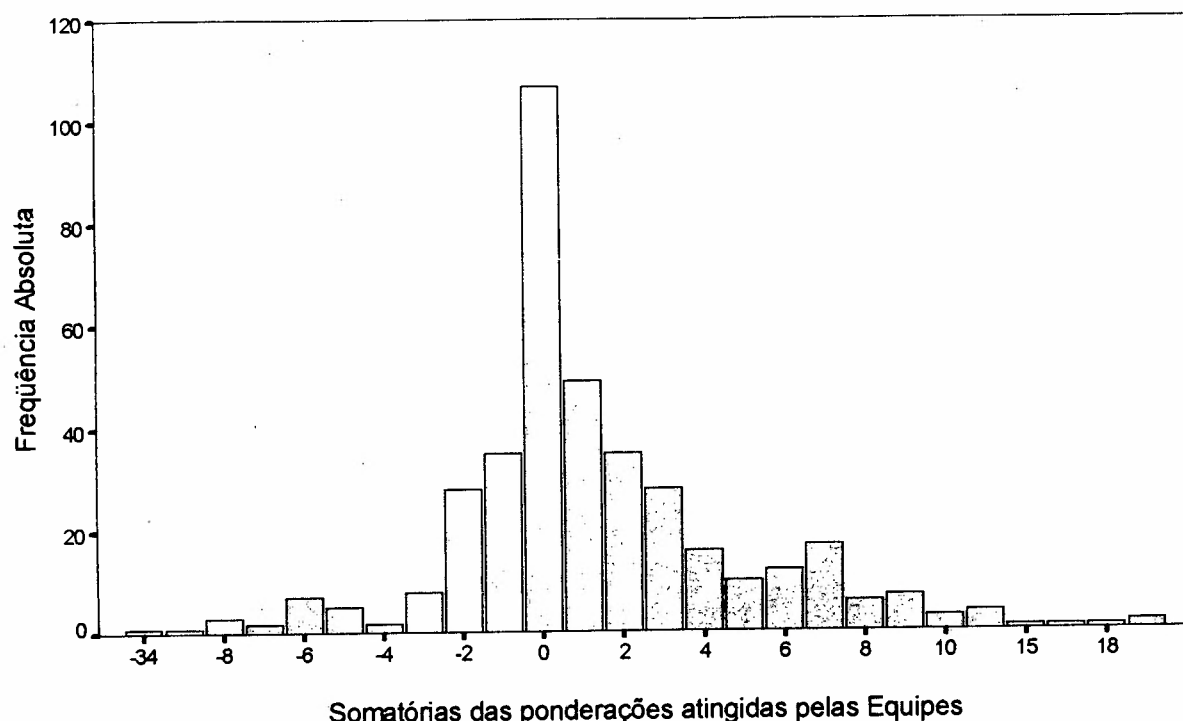
**TABELA 36:** DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-10	1	0,3%
-8	3	0,8%
-7	2	0,5%
-6	7	1,8%
-5	5	1,3%
-4	2	0,5%
-3	8	2,0%
-2	28	7,2%
-1	35	9,0%
0	107	27,4%
+1	49	12,5%
+2	35	9,0%
+3	28	7,2%
+4	16	4,1%
+5	10	2,6%
+6	12	3,1%
+7	17	4,3%
+8	6	1,5%
+9	7	1,8
+10	3	0,8%
+12	4	1,0%
+15	1	0,3%
+16	1	0,3%
+18	1	0,3%
+24	2	0,5%
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0%</b>

Soma	522	Mínimo	-34	T student	6,031
Média	1,335	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	19,162	2° Quartil	0		liberdade
Desvio	Padrão	3° Quartil	0	P	0,00000
	4,377	Máximo	+24		
Erro Padrão	0,1441	Moda	0		

Graficamente, temos:

**GRÁFICO 01: DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001 (anexo 28).**



Dois pontos importantes devem ser ressaltados no gráfico acima. O primeiro é a quantidade de somatórias “zero” presentes (27,4%). Como era de se esperar, este resultado consistiu na moda<sup>15</sup> deste experimento. Tal discussão será realizada oportunamente devido às diversas hipóteses que circundam esta resposta dos informantes.

O segundo ponto trata da distribuição apresentada pela curva acima. Se observarmos a concentração de eventos “positivos” da curva, podemos inferir uma tendência ao maior uso da liderança transformacional pelas equipes de saúde da família.

Como abordamos anteriormente, em item específico, a liderança transformacional necessita de quatro elementos principais para que possa ser exercida:

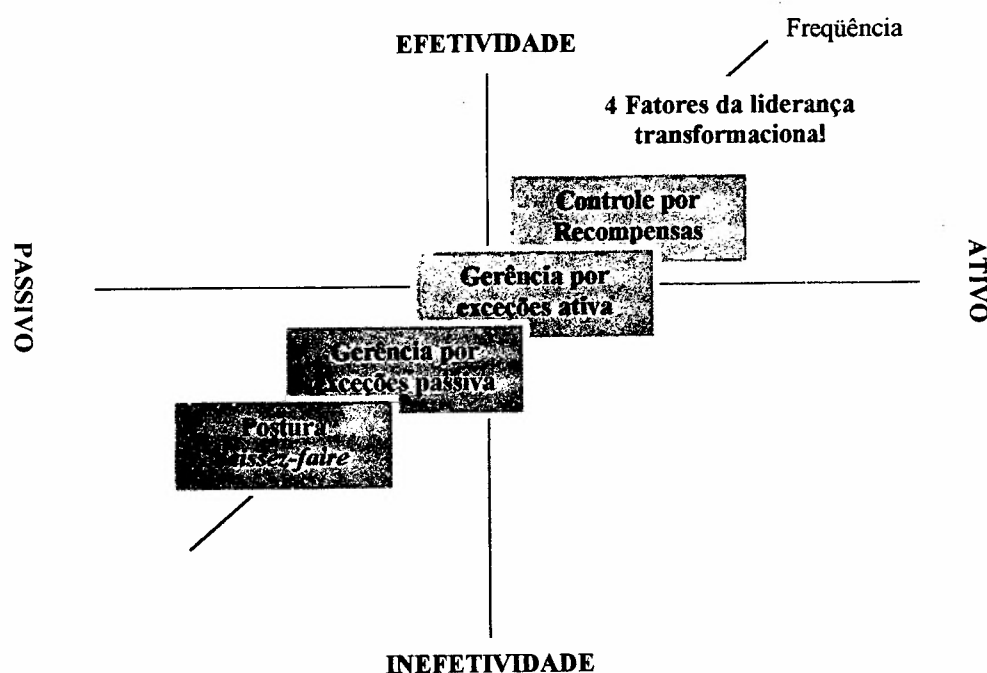
<sup>15</sup> Moda consiste no evento mais freqüente encontrado no experimento.

- Consideração individualizada;
- Estimulação intelectual;
- Inspiração motivadora;
- Influência idealizada.

Ao observarmos a natureza de cada um desses itens no quadro abaixo, podemos perceber que o vínculo estabelecido entre as famílias e as equipes de saúde da família, em especial com os agentes comunitários de saúde, torna possível a aplicação de cada um destes pressupostos na atuação cotidiana dos integrantes da equipe.

<b>Consideração Individualizada</b>	“O líder transformacional considera e aceita as necessidades pessoais de cada subordinado, trabalhando como preceptor para que essas sejam supridas e substituídas por outras novas”.
<b>Estimulação Intelectual</b>	O líder transformacional estimula a livre expressão possibilitando a “discussão a respeito de pressupostos e eventuais problemas novos e antigos a serem solucionados” e a conseqüente participação dos subordinados no processo de tomada de decisão.
<b>Inspiração Motivadora</b>	O líder “motiva e inspira seus subordinados, dando significado e desenvolvimento para o seu trabalho”. “Essa figura é vista como um ‘entusiasmado e otimista’, contagiando as pessoas que o circundam e fazendo com que visão e objetivos sejam compartilhados pelo grupo”.
<b>Influência Idealizada</b>	Os líderes são “admirados, respeitados e confiáveis”, verdadeiros modelos de “capacidade, persistência e determinação” (BASS, 1998, p. 5).

É impossível uma atuação puramente transformacional, e nem é desejável que isto ocorra. Se analisarmos a teoria de liderança, que aponta uma composição ótima para a atuação das equipes, podemos perceber que existe uma preponderância dos componentes de liderança transformacional sobre os tipos de liderança transacional, que não deixam de existir.



Componentes de liderança transacional

Componentes de liderança transformacional

Fonte: BASS (1998, p. 7)

Esta discussão pode ajudar a entender o número de informantes que referem mudanças de comportamento ocorridas após a implantação do QUALIS na região (82,8%). A tradição de realizar ou oferecer saúde à população sempre foi transacional. Muitos movimentos, inclusive o da reforma sanitária, tentam reverter este processo, resgatando a importância de considerar o outro lado da moeda, ou seja, os usuários do sistema, quando pensamos em planejar ou executar saúde.

A modificação que defende este estudo vai muito além deste ponto. Podemos, por exemplo, estimular a utilização de “grupos educativos” de hipertensos, diabéticos, gestantes, obesos e outros segmentos, na tentativa de operacionalizar este resgate. Mas isto não garante a condução transformacional desta atividade. Podemos executá-la, por exemplo, na forma de simples palestras informativas semanais ou mensais que, na verdade, traduzem uma ação puramente transacional. Neste caso, ficam prejudicadas as trocas entre as partes, o aprofundamento de vínculos, a participação dos próprios portadores nas decisões que envolvem a melhoria de sua saúde ou qualidade de vida. Diminui-se, sobretudo, a possibilidade de fazer com que as pessoas passem a se

motivar intrinsecamente para determinados comportamentos, o que poderia incidir em maior comprometimento e melhores resultados para o programa.

Se, no entanto, utilizarmos a mesma estratégia de grupos educativos acrescentando atividades que possam estimular a auto-análise, a reflexão sobre sua condição de saúde e a troca entre profissionais de saúde e usuários e entre eles próprios, podemos agregar valor à esta atividade por meio da incorporação do elemento transformacional. Podemos citar como exemplo, a análise individual ou coletiva das fichas de acompanhamento dos níveis de pressão arterial sistêmica pelos próprios portadores de hipertensão arterial.

Do ponto de vista teórico, os resultados em termos de mudança de comportamento conseguidos na população não se traduzem simplesmente pela utilização de uma ou outra estratégia, mas devem possuir uma relação direta com diferentes composições de atitudes apresentadas pelas equipes de saúde.

**TABELA 37: DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO QUALIS SER IMPLANTADO, ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-10	1	0,3%
-8	3	1,0%
-7	2	0,6%
-6	5	1,6%
-5	3	1,0%
-3	4	1,3%
-2	23	7,5%
-1	28	9,1%
0	74	24,0%
+1	42	13,6%
+2	32	10,4%
+3	23	7,5%
+4	12	3,9%
+5	9	2,9%
+6	9	2,9%
+7	16	5,2%
+8	5	1,6%
+9	7	2,3%
+10	2	0,6%
+12	3	1,0%
+16	1	0,3%
+18	1	0,3%
+24	2	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>

Soma 462  
 Média 1,500  
 Variância 20,902  
 Desvio 4,572  
 Erro Padrão 0,261

Padrão

Mínimo -34  
 1° Quartil 0  
 2° Quartil +1  
 3° Quartil +3  
 Máximo +24  
 Moda 0

T student 5,758  
 Graus de liberdade 307  
 P 0,00000

**TABELA 38: DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-10	1	0,3%
-8	2	0,7%
-7	2	0,7%
-6	4	1,4%
-5	2	0,7%
-3	3	1,0%
-2	22	7,6%
-1	28	9,7%
0	68	23,4%
+1	39	13,4%
+2	32	11,0%
+3	23	7,9%
+4	10	3,4%
+5	8	2,8%
+6	9	3,1%
+7	16	5,5%
+8	5	1,7%
+9	7	2,4%
+10	2	0,7%
+12	3	1,0%
+16	1	0,3%
+18	1	0,3%
+24	1	0,3%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>

Soma	446	Mínimo	-34	T student	5,923
Média	1,538	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	19,550	2° Quartil	+1		liberdade
Desvio	4,422	3° Quartil	+3		289
		Máximo	+24	P	0,00000
Erro Padrão	0,260	Moda	0		



**TABELA 39:** DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES “NADA MUDOU”, ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-8	1	5,6%
-6	1	5,6%
-5	1	5,6%
-3	1	5,6%
-2	1	5,6%
0	6	33,3%
+1	3	16,7%
+4	2	11,1%
+5	1	5,6%
+24	1	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

Soma	16	Mínimo	-8	T student	0,564
Média	0,889	1° Quartil	-2	Graus de liberdade	17
Variância	44,693	2° Quartil	0	P	0,58005
Desvio	Padrão	3° Quartil	+1		
	6,685	Máximo	+24		
Erro Padrão	1,576	Moda	0		

Graficamente, estas duas populações possuem curvas diferentes, muito embora a visualização da população “nada mudou” esteja prejudicada pela pequena quantidade de eventos (18).

O anexo 29 traz um gráfico de barras com os comparativos entre as duas populações: a primeira, em cinza, trata da população que refere algum tipo de mudança e a segunda, em vermelho, representa a população “nada mudou”.

Comparando as duas populações, aquela que relata algum tipo de mudança e aquela que afirma não ter havido nenhuma modificação, temos que:

**QUADRO 42:** QUADRO COMPARATIVO DOS INTERVALOS DE CONFIANÇA PARA AS POPULAÇÕES QUE REFEREM MUDANÇA OU QUE REFEREM NÃO MUDANÇA DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DO QUALIS, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

POPULAÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ERRO PADRÃO	N	MOD. ESTATÍSTICO UTILIZADO	INTERVALO DE CONFIANÇA
Mudou algo	1,538	4,572	0,260	290	Curva Normal	+0,99 a +2,09
Não mudou	0,889	6,685	1,576	18	t-student	-2,43 a +4,21

Para a análise acima, os modelos escolhidos foram diferentes porque apenas a população que refere mudança possui mais do que 30 elementos amostrais. Neste caso, a curva aproxima-se da curva normal. Para estratos muito pequenos, consideramos a curva “t de student” para a elaboração do intervalo de confiança (NEWBOLD, 1994, p. 273-285).

Considerando 95% de confiança para ambos os casos, temos:

- Para a população que refere mudanças,  $w = 0,54$ ;
- Para a população que afirma não ter havido mudanças,  $w = 3,32$ .

Esta maior precisão no caso da população que refere mudanças deve-se ao maior número de casos estudados.

Calculando os intervalos de confiança para ambas as populações, a população “não mudou” encontra-se com seus limites bastante dilatados, o que dificulta a discriminação desta. Desta forma, o intervalo de confiança registrado para a população que mudou algum dos itens citados fica incluído no intervalo da população que não mudou, ou seja, em outras palavras, não há evidência estatística que comprove que estas duas populações são diferentes entre si.

Por outro lado, ao observar a distribuição das somatórias das ponderações dadas às ações praticadas pelos integrantes das equipes de saúde da família através da comparação dos quartis de cada uma das populações, podemos observar uma tendência à diferenciação das populações “mudou” e “não mudou”. Segundo NEWBOLD (1994, p. 26), o estudo de quartis é importante porque é o menos susceptível à presença de medidas extremas, discrepantes, de veracidade suspeita.

Podemos observar a comparação de quartis no quadro abaixo:

**QUADRO 43:** QUADRO RESUMITIVO DOS DADOS DESCRITIVOS OBTIDOS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS ATITUDES PRATICADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>POPULAÇÃO GERAL</b>	<b>POPULAÇÃO DESCOBRIU DOENÇA ANTES</b>	<b>POPULAÇÃO “ALGO MUDOU”*</b>	<b>POPULAÇÃO “NÃO MUDOU”*</b>
Média	+1,335	+1,500	+1,538	+0,889
Mínimo	-34	-34	-34	-8
1º quartil	0	0	0	-2
2º quartil	0	+1	+1	0
3º quartil	0	+3	+3	+1
Máximo	+24	+24	+24	+24

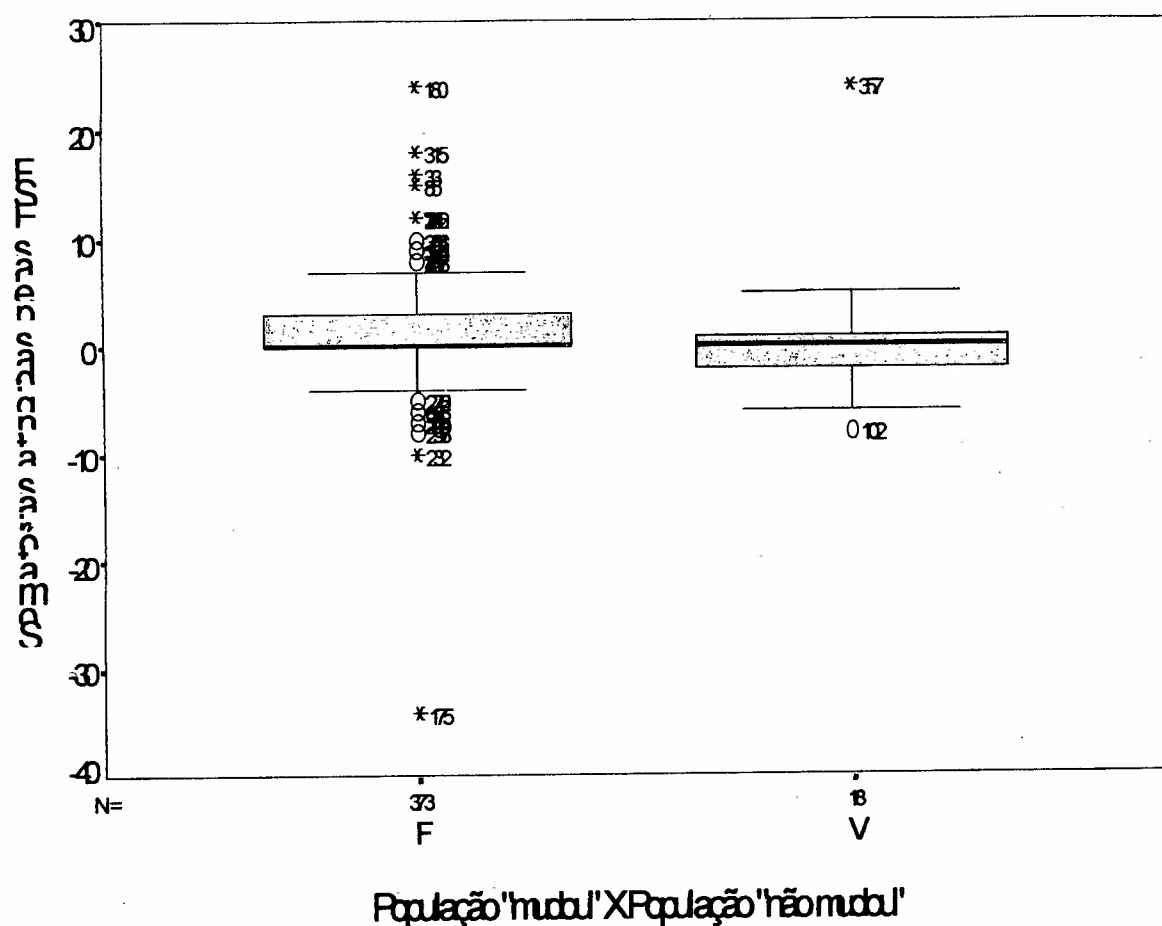
\* Estas duas populações foram estudadas apenas entre as famílias que referem ter descoberto a doença antes do QUALIS ser implantado.

Observando o quadro acima podemos perceber uma tendência dos dados da população “não mudou” para a maior utilização das ações transacionais, quando comparado às transformacionais, pelas equipes de saúde. Isto é evidenciado tanto na média apresentada pelas populações, como pelo estudo dos quartis. A média traz uma tendência menos transformacional das ações das equipes para a população que “nada mudou”. Mas não é uma medida que deva ser analisada isoladamente. Afirmar que 50% dos questionários tabulados na população “nada mudou” apresenta uma somatória de ponderações de natureza transacional, enquanto que na população que apresenta alguma modificação de comportamento apenas 25% dos questionários tabulados inferem a uma maior utilização desta, é uma evidência a ser considerada. Ainda em relação aos quartis, podemos perceber que, para cada um deles existe uma tendência a ser mais negativo (ou menos positivo), quando passamos da população que refere modificações para a população “nada mudou”. Em outras palavras, existe uma tendência das equipes de saúde da família em utilizar com maior frequência as atitudes transacionais do que as transformacionais na população que refere não ter apresentado mudanças.

Estas evidências estatísticas podem ser consideradas um indicativo para a futura comprovação de uma relação direta entre a prevalência na utilização de ações transformacionais e o alcance das ações de saúde no que diz respeito às modificações de hábitos nas famílias portadoras de hipertensão e/ou diabetes.

Graficamente, temos (anexo 30):

GRÁFICO 03: ESTUDO DE QUARTIS REFERENTE À DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES "NADA MUDOU", ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.



A seguir, verifiquemos como se comportam estes mesmos dados para cada um dos integrantes das equipes de saúde da família.

**TABELA 40: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE		FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34		1	0,3%
-23		1	0,3%
-19		1	0,3%
-18		1	0,3%
-12		3	0,8%
-11		2	0,5%
-10		1	0,3%
-8		3	0,8%
-7		4	1,0%
-6		22	5,6%
-5		5	1,3%
-4		5	1,3%
-3		6	1,5%
-2		14	3,6%
-1		12	3,1%
0		107	27,4%
+1		25	6,4%
+2		28	7,2%
+3		16	4,1%
+4		22	5,6%
+5		21	5,4%
+6		17	4,3%
+7		10	2,6%
+8		11	2,8%
+9		12	3,1%
+10		6	1,5%
+11		6	1,5%
+12		13	3,3%
+13		3	0,8%
+14		2	0,5%
+17		2	0,5%
+18		5	1,3%
+19		1	0,3%
+24		2	0,5%
+29		1	0,3%
TOTAL		391	100,0%

Soma	810	Mínimo	-34	T student	6,486
Média	2,072	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	39,892	2° Quartil	+1		liberdade
Desvio	Padrão	3° Quartil	+5		390
	6,316	Máximo	+29	P	0,00000
Erro Padrão	0,319	Moda	0		

**TABELA 41:** DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO QUALIS SER IMPLANTADO, ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-23	1	0,3%
-19	1	0,3%
-12	3	1,0%
-11	1	0,3%
-10	1	0,3%
-8	3	1,0%
-7	4	1,3%
-6	15	5,8%
-5	5	1,6%
-4	1	0,3%
-3	5	1,6%
-2	12	3,9%
-1	7	2,3%
0	75	24,4%
+1	22	7,1%
+2	25	8,1%
+3	11	3,6%
+4	19	6,2%
+5	15	4,9%
+6	16	5,2%
+7	9	2,9%
+8	7	2,3%
+9	11	3,6%
+10	5	1,6%
+11	6	1,9%
+12	10	3,2%
+13	2	0,6%
+14	2	0,6%
+17	2	0,6%
+18	4	1,3%
+19	1	0,3%
+24	2	0,6%
+29	1	0,3%
TOTAL	308	100,0%
Soma	694	Mínimo -34
Média	2,253	1° Quartil 0
Variância	43,297	2° Quartil +1
Desvio	Padrão 6,580	3° Quartil +6
Erro Padrão	0,375	Máximo +29
		Moda 0
		T student 6,010
		Graus de liberdade 307
		P 0,00000

**TABELA 42: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-23	1	0,3%
-19	1	0,3%
-12	3	1,0%
-10	1	0,3%
-8	2	0,7%
-7	3	1,0%
-6	17	5,9%
-5	4	1,4%
-4	1	0,3%
-3	5	1,7%
-2	12	4,1%
-1	6	2,1%
0	68	23,4%
+1	22	7,6%
+2	25	8,6%
+3	10	3,4%
+4	17	5,9%
+5	14	4,8%
+6	16	5,5%
+7	9	3,1%
+8	7	2,4%
+9	11	3,8%
+10	5	1,7%
+11	6	2,1%
+12	10	3,4%
+13	2	0,7%
+14	2	0,7%
+17	2	0,7%
+18	4	1,4%
+19	1	0,3%
+24	2	0,7%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>

Soma 687  
Média 2,369  
Variância 41,611  
Desvio Padrão 6,451  
Erro Padrão 0,379

Mínimo -34  
1° Quartil 0  
2° Quartil +1  
3° Quartil +6  
Máximo +24

Moda 0  
T student 6,254  
Graus de liberdade 289  
P 0,00000

**TABELA 43: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES “NADA MUDOU” ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-11	1	5,6%
-8	1	5,6%
-7	1	5,6%
-6	1	5,6%
-5	1	5,6%
-1	1	5,6%
0	7	38,9%
+3	1	5,6%
+4	2	11,1%
+5	1	5,6%
+29	1	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

Soma	7	Mínimo	-11	T student	0,196
Média	0,389	1° Quartil	-5	Graus	de
Variância	70,605	2° Quartil	0		liberdade
Desvio	Padrão	3° Quartil	+3		17
	8,403	Máximo	+29	P	0,84666
Erro Padrão	1,981	Moda	0		

O anexo 31 traz a representação gráfica da tabela 40, referente à distribuição das somatórias das ponderações atingidas pelos ACS. O anexo 32 representa a diferença entre as populações que referem ou não mudanças, na mesma padronização do anexo 29, ou seja: as barras cinzas representam a população que refere algum tipo de mudança enquanto as barras vermelhas representam a população “não mudou”.



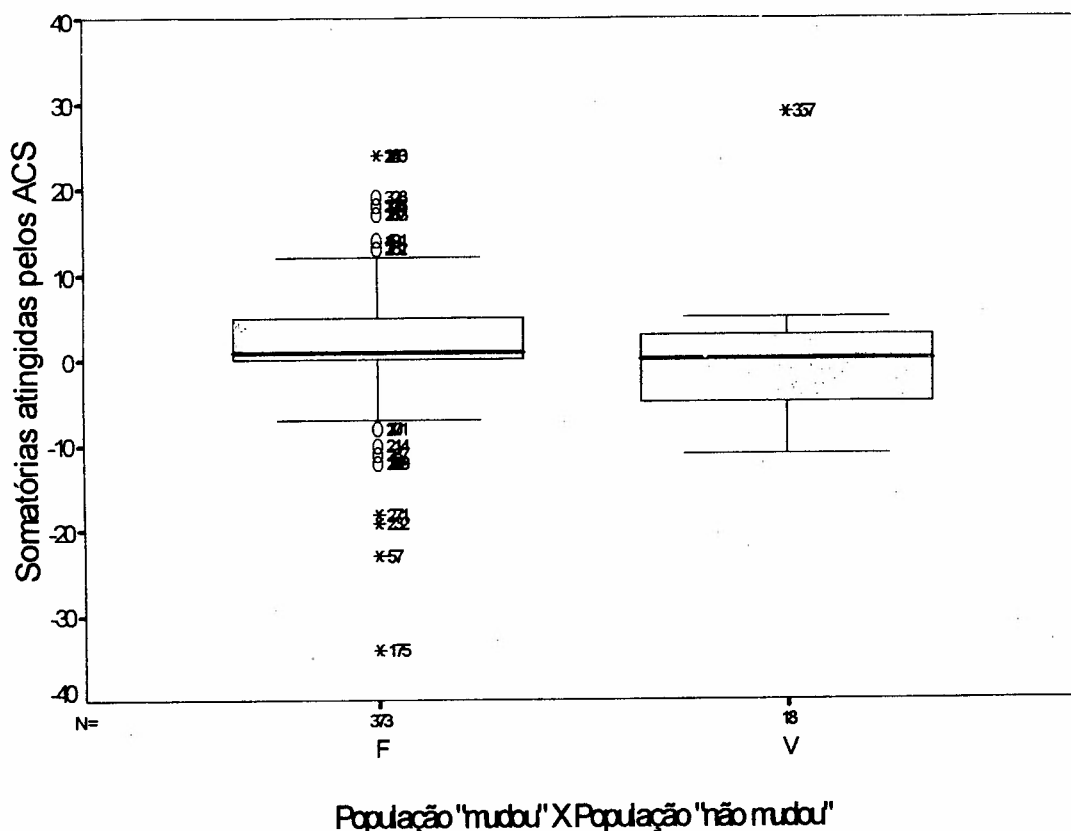
**QUADRO 44:** QUADRO RESUMITIVO DOS DADOS DESCRITIVOS OBTIDOS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS ATITUDES PRATICADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	<b>POPULAÇÃO GERAL</b>	<b>POPULAÇÃO DESCOBRIU DOENÇA ANTES</b>	<b>POPULAÇÃO “ALGO MUDOU”*</b>	<b>POPULAÇÃO “NÃO MUDOU”*</b>
Média	+2,072	+2,253	+2,369	+0,389
Mínimo	-34	-34	-34	-11
1º quartil	0	0	0	-5
2º quartil	+1	+1	+1	0
3º quartil	+5	+6	+6	+3
Máximo	+29	+29	+24	+29

\* Estas duas populações foram estudadas apenas entre as famílias que referem ter descoberto a doença antes do QUALIS ser implantado.

Novamente, também para o Agente Comunitário de Saúde existe uma diferenciação de comportamento da equipe quando observamos as duas populações: aquela que refere mudanças e aquela que “nada mudou”. Desta forma, podemos repetir a mesma análise realizada no caso das equipes de saúde da família. Gráficamente (anexo 33), parece existir uma diferença ainda maior entre os gráficos de “Caixa e Bigodes” das somatórias de ponderações encontradas nas atitudes do ACS, quando comparamos estas duas populações.

**GRÁFICO 06:** ESTUDO DE QUARTIS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, SEGUNDO INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES "NADA MUDOU", QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.



Verificando através da metodologia testada no item anterior, sobre a equipe de saúde, temos:

**QUADRO 45:** QUADRO COMPARATIVO DOS INTERVALOS DE CONFIANÇA PARA AS POPULAÇÕES QUE REFEREM MUDANÇA OU QUE REFEREM NÃO MUDANÇA DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DO QUALIS, SEGUNDO ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

POPULAÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	N	MODELO ESTATÍSTICO UTILIZADO	INTERVALO DE CONFIANÇA
Mudou algo	2,369	6,451	290	Curva Normal	+ 1,61 a + 3,13
Não mudou	0,389	8,403	18	t-student	- 3,79 a + 4,57

Novamente, não é possível comprovar estatisticamente que as populações “mudou” e “não mudou” são diferentes entre si, mas através do estudo de quartis existem evidências estatísticas que indicam uma diferença entre elas.

**TABELA 44: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

<b>SOMATÓRIA RESULTANTE</b>		<b>FREQ. ABSOLUTA</b>	<b>FREQ. RELATIVA</b>
-34		1	0,3%
-11		1	0,3%
-10		1	0,3%
-7		1	0,3%
-6		12	3,1%
-5		7	1,8%
-4		5	1,3%
-3		9	2,3%
-2		15	3,8%
-1		13	3,3%
0		194	49,6%
+1		19	4,9%
+2		15	3,8%
+3		12	3,1%
+4		14	3,6%
+5		11	2,8%
+6		18	4,6%
+7		7	1,8%
+8		5	1,3%
+9		10	2,6%
+10		4	1,0%
+11		3	0,8%
+12		5	1,3%
+13		1	0,3%
+14		2	0,5%
+15		2	0,5%
+18		2	0,5%
+24		2	0,5%
<b>TOTAL</b>		<b>391</b>	<b>100,0%</b>

Soma	512	Mínimo	-34	T student	5,483
Média	1,309	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	22,301	2° Quartil	0		liberdade
Desvio		3° Quartil	+3	P	390
	4,722	Máximo	+24		0,00000
Erro Padrão	0,239	Moda	0		

**TABELA 45: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO QUALIS SER IMPLANTADO, ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-11	1	0,3%
-10	1	0,3%
-7	1	0,3%
-6	6	1,9%
-5	7	2,3%
-4	2	0,6%
-3	8	2,6%
-2	13	4,2%
-1	8	2,6%
0	147	47,7%
+1	17	5,5%
+2	14	4,5%
+3	8	2,6%
+4	12	3,9%
+5	9	2,9%
+6	16	5,2%
+7	5	1,6%
+8	4	1,3%
+9	10	3,2%
+10	3	1,0%
+11	3	1,0%
+12	4	1,3%
+13	1	0,3%
+14	2	0,6%
+15	2	0,6%
+18	1	0,3%
+24	2	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>100,0%</b>

Soma	464	Mínimo	-34	T student	5,365
Média	1,506	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	24,290	2° Quartil	0		liberdade
Desvio	Padrão	3° Quartil	+3		307
	4,928	Máximo	+24	P	0,00000
Erro Padrão	0,281	Moda	0		

**TABELA 46: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-10	1	0,3%
-7	1	0,3%
-6	6	2,1%
-5	7	2,4%
-4	2	0,7%
-3	7	2,4%
-2	11	3,8%
-1	8	2,8%
0	137	47,2%
+1	16	5,5%
+2	14	4,8%
+3	8	2,8%
+4	11	3,8%
+5	8	2,8%
+6	16	5,5%
+7	5	1,7%
+8	4	1,4%
+9	10	3,4%
+10	3	1,0%
+11	3	1,0%
+12	4	1,4%
+13	1	0,3%
+14	2	0,7%
+15	2	0,7%
+18	1	0,3%
+24	1	0,3%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>

Soma	448	Mínimo	-34	T student	5,461
Média	1,545	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	23,211	2° Quartil	0		liberdade
Desvio	4,818	3° Quartil	+3	289	
Erro Padrão	0,283	Máximo	+24	P	0,00000
		Moda	0		

**TABELA 47: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES “NADA MUDOU” ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE		FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-11		1	5,6%
-3		1	5,6%
-2		2	11,1%
0		10	55,6%
+1		1	5,6%
+4		1	5,6%
+5		1	5,6%
+24		1	5,6%
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>	<b>100,0%</b>

Soma	16				
Média	0,889	Mínimo	-11	T student	0,571
Variância	43,634	1° Quartil	0	Graus de liberdade	17
Desvio	6,606	2° Quartil	0	P	0,57553
		3° Quartil	0		
Erro Padrão	1,557	Máximo	+24		
		Moda	0		

Os gráficos referentes à distribuição das somatórias atingidas pelos auxiliares de enfermagem encontram-se nos anexos 34 e 35.

**QUADRO 46: QUADRO RESUMITIVO DOS DADOS DESCRITIVOS OBTIDOS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS ATITUDES PRATICADAS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	POPULAÇÃO GERAL	POP. DESC. DOENÇA ANTES	POP. “ALGO MUDOU”*	POP. “NÃO MUDOU”*
Média	+1,309	+1,506	+1,545	+0,889
Mínimo	-34	-34	-34	-11
1° quartil	0	0	0	0
2° quartil	0	0	0	0
3° quartil	+3	+3	+3	0
Máximo	+24	+24	+24	+24

\* Estas populações referem-se apenas às famílias que referem ter descoberto a doença antes do QUALIS ser implantado.

A mesma análise realizada anteriormente poderia ser refeita. Porém, neste caso, os dados ficam ainda mais prejudicados pela falta de respostas dos informantes. Portanto, o quadro acima foi colocado principalmente para possibilitar a comparação com a atuação de outros integrantes das equipes de saúde da família e não para a análise isolada do comportamento dos auxiliares de enfermagem.

**TABELA 48: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO ENFERMEIRO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE		FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34		1	0,3%
-13		1	0,3%
-12		1	0,3%
-11		1	0,3%
-8		2	0,5%
-7		1	0,3%
-6		13	3,3%
-5		9	2,3%
-4		5	1,3%
-3		5	1,3%
-2		11	2,8%
-1		14	3,6%
0		199	50,9%
+1		24	6,1%
+2		21	5,4%
+3		13	3,3%
+4		10	2,6%
+5		9	2,3%
+6		3	0,8%
+7		8	2,0%
+8		6	1,5%
+9		10	2,6%
+10		5	1,3%
+11		3	0,8%
+12		8	2,0%
+13		1	0,3%
+15		1	0,3%
+16		1	0,3%
+18		2	0,5%
+20		1	0,3%
+24		2	0,5%
TOTAL		391	100,0%
Soma	442	Mínimo	-34
Média	1,130	1º Quartil	0
Variância	23,878	2º Quartil	+1
Desvio	4,886	3º Quartil	+2
Erro Padrão	0,247	Máximo	+24
		Moda	0
		T student	4,574
		Graus de liberdade	390
		P	0,00001



**TABELA 49: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO QUALIS, ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO ENFERMEIRO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE		FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA		
	-34	1	0,3%		
	-13	1	0,3%		
	-12	1	0,3%		
	-8	1	0,3%		
	-7	1	0,3%		
	-6	9	2,9%		
	-5	8	2,6%		
	-4	3	1,0%		
	-3	5	1,6%		
	-2	8	2,6%		
	-1	9	2,9%		
	0	151	49,0%		
	+1	22	7,1%		
	+2	17	5,5%		
	+3	12	3,9%		
	+4	9	2,9%		
	+5	7	2,3%		
	+6	3	1,0%		
	+7	6	1,9%		
	+8	6	1,9%		
	+9	10	3,2%		
	+10	3	1,0%		
	+11	3	1,0%		
	+12	5	1,6%		
	+13	1	0,3%		
	+15	1	0,3%		
	+16	1	0,3%		
	+18	1	0,3%		
	+20	1	0,3%		
	+24	2	0,6%		
TOTAL		308	100,0%		
Soma	394	Mínimo	-34	T student	4,466
Média	1,279	1° Quartil	0	Graus	de
Variância	25,270	2° Quartil	0		liberdade
Desvio	Padrão	3° Quartil	+2	P	307
	5,027	Máximo	+24		0,00001
Erro Padrão	0,286	Moda	0		

**TABELA 50: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇA ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO ENFERMEIRO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-13	1	0,3%
-12	1	0,3%
-8	1	0,3%
-7	1	0,3%
-6	8	2,8%
-5	7	2,4%
-4	3	1,0%
-3	4	1,4%
-2	7	2,4%
-1	8	2,8%
0	141	48,6%
+1	22	7,6%
+2	17	5,9%
+3	12	4,1%
+4	8	2,8%
+5	6	2,1%
+6	3	1,0%
+7	6	2,1%
+8	6	2,1%
+9	10	3,4%
+10	3	1,0%
+11	3	1,0%
+12	5	1,7%
+13	1	0,3%
+15	1	0,3%
+16	1	0,3%
+18	1	0,3%
+20	1	0,3%
+24	1	0,3%
TOTAL	290	100,0%

Soma	378	Mínimo	-34	T student	4,485
Média	1,303	1° Quartil	0	Graus de liberdade	289
Variância	24,489	2° Quartil	0	P	0,00001
Desvio Padrão	4,949	3° Quartil	+2		
		Máximo	+24		
Erro Padrão	0,291	Moda	0		

**TABELA 51:** DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES “NADA MUDOU” ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO ENFERMEIRO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-6	1	5,6%
-5	1	5,6%
-3	1	5,6%
-2	1	5,6%
-1	1	5,6%
0	10	55,6%
+4	1	5,6%
+5	1	5,6%
+24	1	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

Soma	16	Mínimo	-6	T student	0,597
Média	0,889	1° Quartil	-1	Graus de liberdade	
Variância	39,869	2° Quartil	0		17
Desvio Padrão	6,314	3° Quartil	0	P	0,55820
Erro Padrão	1,488	Máximo	+24		
		Moda	0		

**QUADRO 47:** QUADRO RESUMITIVO DOS DADOS DESCRITIVOS OBTIDOS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS ATITUDES PRATICADAS PELO ENFERMEIRO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

	POPULAÇÃO GERAL	POP. DESC. DOENÇA ANTES	POP. “ALGO MUDOU”*	POP. “NÃO MUDOU”*
Média	+1,130	+1,279	+1,303	+0,889
Mínimo	-34	-34	-34	-6
1° quartil	0	0	0	-1
2° quartil	+1	0	0	0
3° quartil	+2	+2	+2	0
Máximo	+24	+24	+24	+24

\* Estas duas populações foram estudadas apenas entre as famílias que referem Ter descoberto a doença antes do QUALIS ser implantado.

Refazendo a mesma estratégia utilizada para os outros integrantes das equipes de saúde da família podemos verificar, mesmo com a quantidade de dados prejudicada, a mesma tendência encontrada nos grupos anteriores. Os gráficos referentes à distribuição das somatórias atingidas pelos enfermeiros encontram-se nos anexos 36 e 37.

**TABELA 52: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO MÉDICO DE FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-22	1	0,3%
-19	1	0,3%
-17	1	0,3%
-12	3	0,8%
-11	1	0,3%
-10	1	0,3%
-9	2	0,5%
-8	4	1,0%
-7	5	1,3%
-6	18	4,6%
-5	4	1,0%
-4	7	1,8%
-3	7	1,8%
-2	12	3,1%
-1	11	2,8%
0	175	44,8%
+1	24	6,1%
+2	22	5,6%
+3	16	4,1%
+4	14	3,6%
+5	11	2,8%
+6	15	3,8%
+7	5	1,3%
+8	4	1,0%
+9	7	1,8%
+10	2	0,5%
+11	3	0,8%
+12	4	1,0%
+13	1	0,3%
+14	1	0,3%
+15	1	0,3%
+17	1	0,3%
+18	3	0,8%
+20	1	0,3%
+24	2	0,5%
TOTAL	391	100,0%

Soma 283  
Média 0,724  
Variância 28,944  
Desvio 5,380  
Erro Padrão 0,272

Padrão

Mínimo -34  
1° Quartil 0  
2° Quartil 0  
3° Quartil +2  
Máximo +24

Moda 0  
T student 2,660  
Graus de liberdade 390  
P 0,00813

**TABELA 53:** DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE DESCOBRIRAM A DOENÇA ANTES DO QUALIS SER IMPLANTADO, ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO MÉDICO DE FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

SOMATÓRIA RESULTANTE		FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34		1	0,3%
-22		1	0,3%
-19		1	0,3%
-17		1	0,3%
-12		2	0,6%
-11		1	0,3%
-10		1	0,3%
-9		2	0,6%
-8		3	1,0%
-7		4	1,3%
-6		12	3,9%
-5		3	1,0%
-4		4	1,3%
-3		4	1,3%
-2		11	3,6%
-1		8	2,6%
0		129	41,9%
+1		22	7,1%
+2		17	5,5%
+3		15	4,9%
+4		13	4,2%
+5		9	2,9%
+6		15	4,9%
+7		5	1,6%
+8		3	1,0%
+9		7	2,3%
+11		3	1,0%
+12		3	1,0%
+13		1	0,3%
+14		1	0,3%
+15		1	0,3%
+17		1	0,3%
+18		2	0,6%
+20		1	0,3%
+24		1	0,3%
TOTAL		308	100,0%

Soma	266	Mínimo	-34	T student	2,757
Média	0,864	1° Quartil	0	Graus de liberdade	307
Variância	30,222	2° Quartil	0	P	0,00618
Desvio	5,497	3° Quartil	+3		
Erro Padrão	0,313	Máximo	+24		
		Moda	0		

**TABELA 54: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO MÉDICO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-34	1	0,3%
-22	1	0,3%
-19	1	0,3%
-17	1	0,3%
-12	1	0,3%
-11	1	0,3%
-10	1	0,3%
-9	2	0,7%
-8	3	1,0%
-7	3	1,0%
-6	10	3,4%
-5	2	0,7%
-4	4	1,4%
-3	4	1,4%
-2	11	3,8%
-1	7	2,4%
0	124	42,8%
+1	22	7,6%
+2	17	5,9%
+3	15	5,2%
+4	10	3,4%
+5	8	2,8%
+6	14	4,8%
+7	5	1,7%
+8	3	1,0%
+9	7	2,4%
+11	3	1,0%
+12	3	1,0%
+13	1	0,3%
+14	1	0,3%
+15	1	0,3%
+18	2	0,7%
+24	1	0,3%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>

Soma	243				
Média	0,838	Mínimo	-34	T student	2,676
Variância	28,427	1° Quartil	0	Graus	de
Desvio		2° Quartil	0		liberdade
	5,332	3° Quartil	+3		289
Erro Padrão	0,313	Máximo	+24	P	0,00787
		Moda	0		

**TABELA 55:** DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES “NADA MUDOU” ÀS AÇÕES PRATICADAS PELO MÉDICO DE FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

SOMATÓRIA RESULTANTE	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
-12	1	5,6%
-7	1	5,6%
-6	2	11,1%
-5	1	5,6%
-1	1	5,6%
0	5	27,8%
+4	3	16,7%
+5	1	5,6%
+6	1	5,6%
+17	1	5,6%
+20	1	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

Soma	23	Mínimo	-12	T student	0,687
Média	1,278	1° Quartil	-5	Graus de liberdade	
Variância	62,330	2° Quartil	0		17
Desvio	Padrão	3° Quartil	+4	P	0,50156
	7,895	Máximo	+20		
Erro Padrão	1,861	Moda	0		

**QUADRO 48:** QUADRO RESUMITIVO DOS DADOS DESCRITIVOS OBTIDOS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES ÀS ATITUDES PRATICADAS PELO MÉDICO DE FAMÍLIA

	POPULAÇÃO GERAL	POPULAÇÃO DESCOBRIU DOENÇA ANTES	POPULAÇÃO “ALGO MUDOU”*	POPULAÇÃO “NÃO MUDOU”*
Média	+0,724	+0,864	+0,838	+1,278
Mínimo	-34	-34	-34	-12
1° Quartil	0	0	0	-5
2° Quartil	0	0	0	0
3° Quartil	+2	+3	+3	+4
Máximo	+24	+24	+24	+20

\* Estas duas populações foram estudadas apenas entre as famílias que referem ter descoberto a doença antes do QUALIS ser implantado.

No caso da análise da atuação médica, os dados referentes à população “nada mudou” são diferentes daqueles verificados nas outras categorias. Se analisarmos criteriosamente, podemos perceber que o aumento da média na população “nada

mudou” quando comparado com a população que refere mudanças é derivada de uma maior dispersão das somatórias finais atingidas pelos médicos das equipes de saúde da família. Estes dados mereceriam um estudo mais aprofundado de hipóteses que justificassem tal resultado. Como visto anteriormente, o modelo tradicional de executar saúde tem na figura médica o centro das atividades de assistência e isto foi, por muitos anos, imprimido nesta população. Este fato pode ter contribuído para o aparecimento destes resultados.

Os gráficos representativos da distribuição de somatórias atingidas pelos médicos de família encontram-se nos anexos 38 e 39.

Também podemos comparar as atuações dos diversos integrantes das equipes de saúde da família entre si. Uma primeira abordagem possível é o estudo do valor mais freqüentemente encontrado entre os eventos, ou seja, da chamada “moda”. Como abordado anteriormente, a forma com que este resultado foi construído faz com que estas somatórias “zero” possam possuir vários significados. No quadro seguinte, listamos as diversas situações que derivaram este resultado e sua contribuição em termos de freqüências absoluta e relativa no total geral, por integrante da equipe de saúde.

**QUADRO 49: DISTRIBUIÇÃO DA MODA REFERENTE ÀS AÇÕES PRATICADAS POR CADA UM DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

PERFIL DE PREENCHIMENTO	ACS		AUX.ENF.		ENFERM		MEDICO	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Todas as ações corresponderam a “não respondeu”	53	49,5%	156	80,4%	159	79,9%	113	64,6%
Todas as ações foram colocadas como “nunca”	1	0,9%	4	2,1%	5	2,5%	1	0,6%
Todas as ações foram colocadas como “faz, mas não especifica freqüência”	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Todas as ações foram colocadas como “raramente”	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Todas as ações foram colocadas como “às vezes”	1	0,9%	1	0,5%	3	1,5%	0	0,0%
Todas as ações foram colocadas como “geralmente”	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%
Todas as ações foram colocadas como “sempre”	26	24,3%	16	8,2%	16	8,0%	41	23,4%
Ponderações reais para as ações	25	23,4%	17	8,8%	16	8,0%	19	10,9%
Total de somatórias “zero”	107	100,0%	194	100,0%	199	100,0%	175	100,0%

Como pudemos perceber, a grande maioria dos questionários tabulados deixou de responder esta questão, principalmente no caso da equipe de enfermagem. Isto prejudicou o estudo da atuação destes profissionais. Porém, deixou claro a falta de



reconhecimento dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros das equipes pelas famílias assistidas. Para o agente comunitário de saúde, por exemplo, esta porcentagem diminuiu sensivelmente, migrando de cerca de 80% (apontado para os profissionais de enfermagem) para 49,5%. Estes dados podem inferir uma maior facilidade na descrição das ações do ACS quando comparado com os outros sujeitos presentes nas equipes. Ou também podem insinuar que os integrantes relacionados às ações de educação e vigilância se encontrem em situação privilegiada na fixação de imagem ou vinculação à população.

Podemos levantar ainda algumas outras hipóteses. Primeiramente, se considerarmos que os informantes que responderam “sempre” para todas as ações queriam valorizar o trabalho dos integrantes das equipes, os agentes de saúde foram os sujeitos que mais “receberam elogios”, seguido dos médicos. Segundo, que a utilização em unanimidade das ponderações “nunca” e “às vezes”, mais frequentes para os membros da enfermagem, talvez possa ser entendido como uma crítica à atuação destas figuras ou uma falta de identificação destas pessoas. Em terceiro lugar, as somatórias “zero” derivadas de um real equilíbrio entre a utilização de ações transacionais e transformacionais ocorreram mais frequentemente entre os agentes comunitários de saúde (observar valores de frequência absoluta). Isto reforça a idéia de que houve uma maior facilidade em descrever as ações dos ACS. Por fim, mais uma vez a categoria médica apresenta uma descrição atípica de valores. Nas colunas que fazem referência a estes sujeitos, a quantidade de respostas realmente derivadas de ponderação fica bem menor proporcionalmente do que aquela em que se afirma “sempre” para todas as ações. Isto pode reforçar, novamente, a tese de que a população assistida mantém a figura do médico como o centro da atenção em saúde, apesar do programa de saúde da família ter sido implantado há quase quatro anos na região e de estar fundamentado no trabalho em equipe e na co-responsabilização da saúde entre os integrantes da equipe entre si e entre estes e a população assistida.

Estas relações da população com cada um dos integrantes das equipes podem ser também evidenciadas quando verificamos outro instrumento. O quadro seguinte traz as medidas de tendência central e medidas de dispersão para as somatórias obtidas para caracterização da atuação transacional ou transformacional destes sujeitos.

**QUADRO 50:** QUADRO RESUMITIVO DOS DADOS DESCRITIVOS OBTIDOS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES “ALGO MUDOU” E “NADA MUDOU” ÀS ATITUDES PRATICADAS PELOS DIVERSOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

	EQUIPE		ACS		AUX. ENFERM		ENFERMEIRO		MÉDICO	
	POP. “ALGO MUDOU”	POP. “NÃO MUDOU”	POP. “ALGO MUDOU”	POP. “NÃO MUDOU”	POP. “ALGO MUDOU”	POP. “NÃO MUDOU”	POP. “ALGO MUDOU”	POP. “NÃO MUDOU”	POP. “ALGO MUDOU”	POP. “NÃO MUDOU”
Média	<b>+1,538</b>	<b>+0,889</b>	<b>+2,369</b>	<b>+0,389</b>	<b>+1,545</b>	<b>+0,889</b>	<b>+1,303</b>	<b>+0,889</b>	<b>+0,838</b>	<b>+1,278</b>
Mín.	<b>-34</b>	<b>-8</b>	<b>-34</b>	<b>-11</b>	<b>-34</b>	<b>-11</b>	<b>-34</b>	<b>-6</b>	<b>-34</b>	<b>-12</b>
1º Q	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>-5</b>
2º Q	<b>+1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
3º Q	<b>+3</b>	<b>+1</b>	<b>+6</b>	<b>+3</b>	<b>+3</b>	<b>0</b>	<b>+2</b>	<b>0</b>	<b>+3</b>	<b>+4</b>
Máx.	<b>+24</b>	<b>+24</b>	<b>+24</b>	<b>+29</b>	<b>+24</b>	<b>+24</b>	<b>+24</b>	<b>+24</b>	<b>+24</b>	<b>+20</b>

Um dos objetivos dos primeiros projetos do Nordeste era que, através dos Agentes Comunitários de Saúde, se aumentasse a capacidade da população de cuidar da sua saúde “transmitindo-lhes informações e conhecimentos” (SOUSA, 2001a, p.64). Porém, na realidade, sua função tornou-se muito mais do que a simples informação, o simples ato transacional. Apesar das categorias de enfermagem estarem prejudicadas pela frequência de não resposta, quando comparamos a atuação dos diversos integrantes das equipes de saúde da família se torna clara a tendência da maior utilização das atitudes relacionadas à liderança transformacional pelos agentes comunitários de saúde, principalmente na população “algo mudou”. Algumas hipóteses podem ser levantadas para tentar justificar tal fato. Dentre elas podemos citar a origem deste sujeito e a sua inserção no cotidiano da comunidade. Neste sentido, reforça-se o discurso de que o grande diferencial deste modo de operar saúde seja a incorporação do ACS na equipe de saúde. Coloca SOUSA (2001a, p. 56): “(...) o Agente Comunitário de Saúde cumpre papel fundamental, representa o elo entre as necessidades, anseios e demanda de uma comunidade canalizando-a fundamentalmente para os serviços de saúde, no qual sua participação se torna essencial no exercício de mudanças na melhoria das condições de vida/saúde”. Mas, mais do que isto: “sua maior função é ter a sensibilidade de ler, escutar e traduzir, para as autoridades públicas, as reais necessidades da população, encontradas em cada residência, em cada pessoa, em cada família e em cada

comunidade. Transformando-as em reais possibilidades de mudanças, e essas de forma perene” (SOUSA, in SOUSA, 2001a, p. 95).

## 18. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou desenvolver uma metodologia de estudo que possibilitasse verificar os resultados das ações de saúde imprimidas na população, não mais sob a ótica exclusiva das exterioridades, mas entendendo este componente como uma consequência direta de modificações interiores das pessoas assistidas. Valeu-se, para isso, da teoria da liderança transformacional, cuja base permitiu refletir sobre a maior probabilidade de mudanças permanentes e autônomas de comportamento entre as famílias assistidas pelas equipes de saúde da família em relação ao modelo hegemônico de atuação nas Unidades Básicas de Saúde.

Segundo SOUSA (2001b, p. 42-46), a transformação das Unidades Básicas de Saúde em Unidades de Saúde da Família implica em sete modificações fundamentais:

- Assumir o conceito de saúde como qualidade de vida, e não mais como ausência de doença;
- Evitar práticas clientelistas, promovendo o respeito aos direitos de cidadania;
- Centrar a atenção à saúde nas famílias e/ou comunidades, priorizando aquelas de maior risco de adoecer ou morrer;
- Fazer das pessoas saudáveis o eixo da atenção à saúde;
- Trabalhar em equipe multiprofissional;
- Possuir uma postura pró-ativa em relação à comunidade;
- “[...] reeditar a cultura das Unidades Básicas de Saúde e dos domicílios, como espaços necessários, importantes, acessíveis, seguros e oportunos é uma das principais tarefas do PSF”.

Como podemos perceber, esses preceitos confluem para que o exercício da liderança transformacional seja desejável no trabalho das equipes de saúde da família. Mesmo porque tamanhas e tão profundas modificações exigem, acima de tudo, a transformação dos próprios profissionais que compõem as equipes. Refletindo sobre isto e sobre os resultados atingidos por este estudo, ainda há muito para se explorar do ponto de vista do comportamento. A postura predominantemente transacional da equipe de

saúde e a atuação centrada no profissional médico são bastante evidenciadas nos dados desta pesquisa.

Neste sentido, o diferencial transformacional do “programa” está sendo imprimido principalmente pelo agente comunitário de saúde. A importância deste sujeito, portanto, extrapola o fato de ser um novo componente da equipe de saúde. “[...] os ACS deveriam ser considerados parte integrante da equipe de saúde, das unidades básicas de sua microárea de atuação, vinculado ao instrutor supervisor, sem perder seu papel de serem impulsionadores de uma demanda, lida, escutada e sentida em cada família/comunidade” (SOUSA, 2001a, p.94).

“Sua entrada nos serviços de saúde é resultante das lacunas deixadas por esses (profissionais de saúde), quando não valorizavam a presença da comunidade nos seus espaços e na condição de co-responsáveis. [...] os Agentes Comunitários de Saúde vêm ao longo desses dez anos atuando na articulação permanente entre indivíduos / famílias / comunidade e Sistema Local de Saúde. Não só como parte integrante, no sentido tecnocrático, mas, restabelecendo um sentimento de pertencer e cuidar do seu patrimônio: seus serviços, sua saúde e – por que não dizer? – sua vida!” (SOUSA, 2001a, p. 122)

Ao longo da exposição dos resultados pudemos perceber a diferenciação feita pela própria população em relação a atuação do ACS quando comparado com os outros integrantes das equipes de saúde, o que reforça as idéias colocadas por vários autores sobre a importância deste sujeito. Elogios e palavras de agradecimento à este profissional foram constantes nos questionários respondidos, fato que não é comum em questionários contendo perguntas objetivas. Aliás, não se esperava, na elaboração do questionário, que as questões abertas pudessem causar tantas manifestações espontâneas por parte dos informantes, pelo caráter complementar em relação às questões fechadas.

“Uma análise do tipo de tratamento dos pacientes já conhecidos na época do censo de diabetes (1987) revelou que cerca de 22,3% não faziam nenhum tipo de tratamento” (BRASIL, 2001, p.12). Na prevenção secundária, destinada àqueles que já possuem clinicamente a hipertensão ou o diabetes, as ações de saúde devem incentivar a auto-percepção da necessidade do tratamento, incluindo as mudanças de hábitos, para deter os danos (complicações) causados por estas patologias. Nestes casos, a intervenção das equipes devem, inclusive, abordar toda a família. A dinâmica familiar tem implicações na conjunção de fatores de satisfação e contra-satisfação que definem

não só a receptividade de seus membros para as orientações das equipes, mas também o seu comportamento, podendo exercer influência sobre a mudança dos hábitos e a qualidade de vida dos doentes. Além disso, se considerarmos que o PSF está fundamentado no trabalho com a população com risco de adoecer ou morrer e que estas duas patologias possuem um componente hereditário cientificamente reconhecido, não só os portadores, mas todos os membros destas famílias devem ser trabalhados pelas equipes para a adoção de hábitos “saudáveis”. Coloca SILVA (2001, p. 140): “fica-se com a impressão de que a abordagem do agente, na imensa maioria das vezes, não se faz no sentido de considerar a dinâmica familiar, mas a somatória dos indivíduos que coabitam o domicílio”.

Um estudo qualitativo poderia permitir um aprofundamento do tema para melhor compreensão da lógica de incorporação de hábitos no cotidiano das famílias, o que permitiria entender e potencializar os fatores de satisfação e contra-satisfação que promovem as mudanças de comportamento necessárias para garantir a qualidade de vida de toda a família, seja trabalhando para a não evolução da doença, seja atuando preventivamente os demais membros para que não a desenvolvam. Outro ponto importante para futuros estudos diz respeito ao tipo de mudança de comportamento alcançada. A adoção de hábitos saudáveis necessária para a manutenção e/ou resgate da qualidade de vida destas pessoas não pode ser temporária. E, por isso, é importante que se diferencie o comportamento condicionado daquele que realmente é fruto de um paciente auto-motivado a preservar-se, consciente de sua condição e de suas necessidades.

Neste sentido, muito embora não se tenha conseguido comprovar estatisticamente que a população que refere mudanças de comportamento seja diferente da população que afirma que “nada mudou”, foi possível identificar alguns indícios estatísticos da possível influência da liderança transformacional sobre o comportamento apresentado pelas famílias portadoras de hipertensão arterial e/ou diabetes. Estudos futuros também poderiam aprofundar o conhecimento sobre os processos e resultados envolvidos nesta relação.

“ [...] o Brasil continua devedor de um modelo de atenção à saúde que, de fato, siga os avanços de ordem jurídica, política e institucional, e que, com isso, corrija as injustiças e desigualdades presentes. E nesse terreno há, pela frente, muito que conquistar...” (SOUSA, 2001b, p. 28).

## 19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASS, Bernard M. *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York; London: The Free Press, 1985. 255p.
- BASS, Bernard M. *Leadership, Psychology, and Organizational Behavior*. New York: Harper and Row Publishers Incorporated, 1965. 548p.
- BASS, Bernard M. *Transformational Leadership: Industrial, Military, and Educational Impact*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1998. 208p.
- BASS, Bernard M., STOGDILL'S, Ralph M. *Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications*. 3<sup>rd</sup> ed. New York; London: The Free Press, 1990. 1182 p.
- BENNIS, Warren, NANUS, Burt. *Líderes – Estratégias para Assumir a Verdadeira Liderança*. Trad: Auripebo Berrance Simões. São Paulo: Ed. Harbra Ltda., 1988.
- BENNIS, Warren. *Why Leaders Can't Lead – The Unconscious Conspiracy Continues*. San Francisco; Oxford: Jossey Bass Publishers, 1990. 169p.
- BERGAMINI, Cecília W. *Liderança – Administração do Sentido*. São Paulo: Atlas, 1994. 234p.
- BERGAMINI, Cecília; CODA, Roberto (Orgs.). *Psicodinâmica da Vida Organizacional: Motivação e Liderança*. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1997. 341 p.
- BERGER, Peter; LUCKMAN, Thomas. *A Construção Social da Realidade*. Trad.: Floriano de S. Fernandes. 19<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000. 247 p.
- BRASIL. *ABC do Sistema Único de Saúde*. Brasília: 1990.
- BRASIL. Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 03 dez. 1998.
- BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica – Caderno 7*. Brasília: 2001, 96p.
- BRASIL. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. 2<sup>a</sup> ed. Brasília: 1999. 40p.
- BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Povo*. Brasília: 1996. 48 p.
- BRASIL. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v.1, n.3, p.39-45, Dez. 2000.



- BURNS, James MacGregor. *Leadership*. New York: Harper & Row, Publishers, 1978. 530p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1997. 220 p.
- CANESQUI, Ana M. População e Serviços de Saúde: Consumo e Avaliação dos Serviços de Saúde. In ESPÍNOLA, A.W. et al. *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1991. p.175-205.
- CHANLAT, Jean-François (coord.). *O Indivíduo na Organização*, v.2. São Paulo: Atlas, 1994. 285p.
- CONGER, Jay A. *Líder Carismático – O Segredo da Liderança*. Trad: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Makron, MacGraw Hill, 1991. 223 p.
- CONGER, Jay, KANUNGO, Rabindran. *Charismatic Leadership: The Elusive Factor in Organizational Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers, 1988. 352 p.
- COVEY, Stephen. *Liderança Baseada em Princípios*. Trad: Astrid Beatriz de Figueiredo. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1994. 348p.
- CROSBY, Philip. *Liderança – A Arte de tornar-se um Executivo*. Trad: Antonio Carlos-Rodrigues Serrano. São Paulo: Makron Books, MacGraw Hill, 1991. 224p.
- DAFT, Richard L. *Leadership: Theory and Practice*. Fort Worth: The Dryden Press 1999. 496p.
- DECI, Edward; FLASTE, Richard. *Por que Fazemos o que Fazemos: Entendendo a Automotivação*. Trad: Paula Csillag. São Paulo: Negócio Editora, 1998. 220p.
- DIMITROV, Pedro. Chegamos a 2000 d.C., e a saúde para onde vai?. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n.1, p. 19-30, Jan. / Fev. 2000.
- DONABEDIAN, Avedis. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol.1. Ann Harbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde – Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. São Paulo: Editora Fiocruz, 1999. 206 p.
- FREUD, Sigmund. *O Mal-Estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 112 p.
- FUNDAÇÃO ZERBINI. *Projeto Qualidade Integral à Saúde / Programa de Saúde da Família – Subdistritos de Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba*. São Paulo, 1997. Brochura.
- HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec Anpocs, 1998. 261 p.



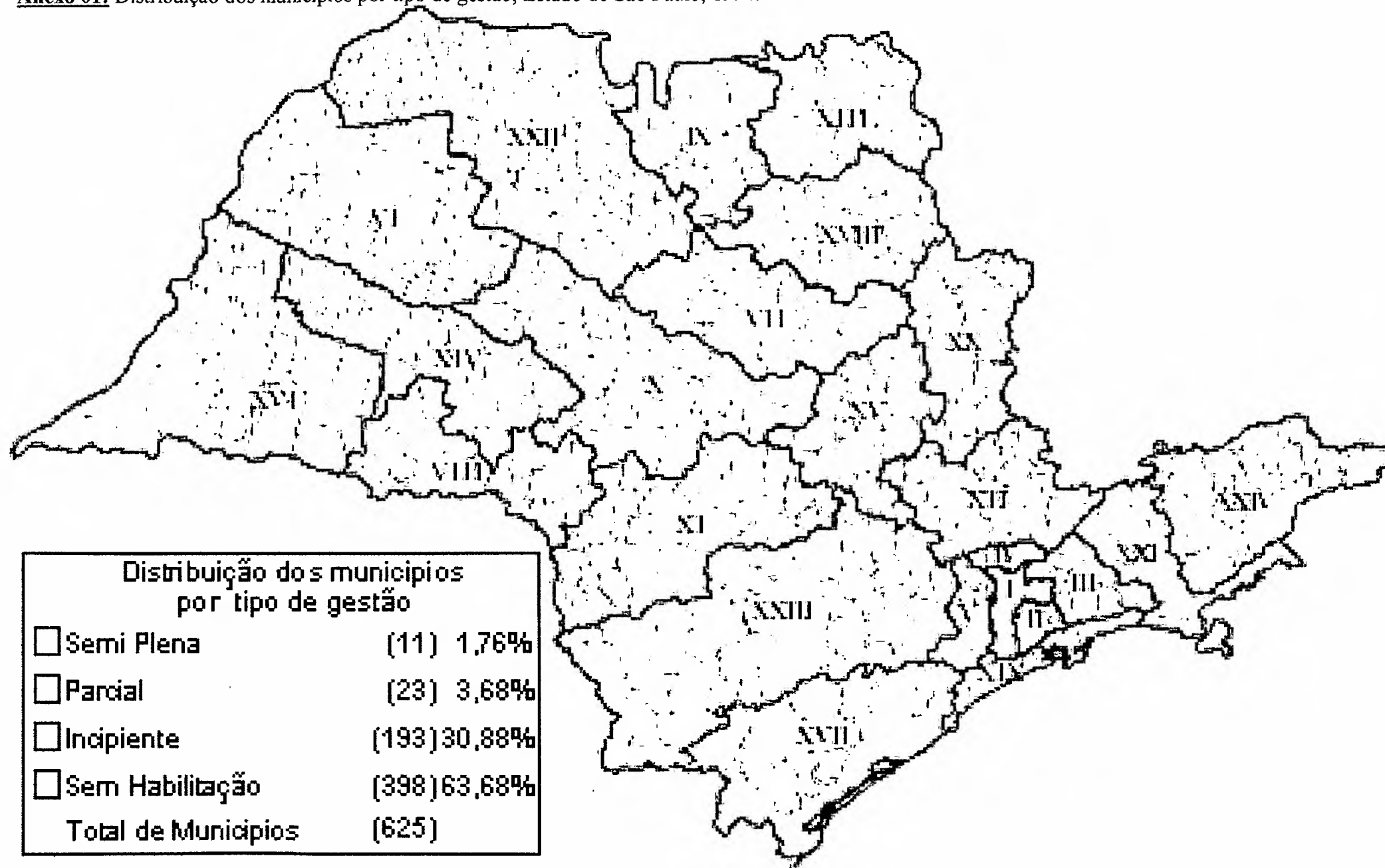
- INSTITUTO DE ESTUDOS MONTEIRO LOBATO. O novo modelo de atendimento à saúde da população brasileira. Saúde Comunitária, Taubaté, ano IV, n.17, p. 1, mar/abr/2000.
- KOHLMANN JR., Osvaldo (org.). *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998. 38p.
- KOUZES, James M.; POSNER, Barry. *O Desafio da Liderança*. Trad.: Nivaldo Montingelli. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1991. 334 p.
- LAIRD, Donald A; LAIRD, Eleonor C. *The Technique os Building Personal Leadership*. New York, London: MacGraw Hill Book Company, 1950. 239 p.
- LONGMAN. *Dicionary of American English*. 2<sup>a</sup> ed. New York: Longman Corpus Network, 1997. 934p.
- LORENZ, Konrad. *Os Oito Pecados Mortais do Homem Civilizado*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1988. 116p.
- MCGREGOR, Douglas. *Motivação e Liderança*. Trad: Alzira Machado Kawall. São Paulo: Ed. Brasiliensa, 1973.
- MEDINA, Maria G.; AQUINO, Rosana; CARVALHO, André L. B. Avaliação as Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v.21, p. 17-21, Dez. 2000.
- MENDES, Eugênio V. *A Organização de Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.
- MENDES, Eugênio V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.
- MINAYO, Maria C. S. Interdisciplinaridade: Uma questão atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 24, n.2, p. 70-77, 1991.
- NEMES, Maria Ines B. *Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde*. 1995. 239 f. Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- NEWBOLD, Paul. *Statistics for Business & Economics*. Upper Saddle River: Prentice-Hall, Inc., 1994. 867 p.
- NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. 234 p.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *La Formacion del Medico de Familia* – Serie de Informes Tecnicos n. 257. Ginebra: OMS, 1963. 42 p.

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La gente y la salud – ? Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud*, Ginebra, v.17, p.385 – 387, 1996.
- PIMAZONI NETTO, Augusto (org.). *Proposta Básica para a Assistência ao Paciente Diabético no Município*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Ação Pró-Paciente Diabético, 1999. 23p.
- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. 2ª ed. Trad.: Marcos F. da S. Moreira. São Paulo / Rio de Janeiro: Ed. UNESP, 1994. 400 p.
- SÃO PAULO (Estado). *Projeto de Capacitação para Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Estado de São Paulo – Fevereiro/2001*. São Paulo: 2001.
- SÃO PAULO (Estado). *Propostas e Objetivos da Secretaria de Estado da Saúde para o Quadriênio 1999-2002*. São Paulo: 1999. 21 p.
- SÃO PAULO (Estado). *Refletindo sobre Mudança do Modelo Assistencial em Saúde: A Estratégia do Programa Saúde da Família*. São Paulo: 1997. 16 p.
- SÃO PAULO (Estado). *Relatório CAPSI DIR I - Capital*. São Paulo: 2002.
- SELLTIZ, WRIGHTSMAN, COOK. *Métodos de Pesquisas nas Relações Sociais – Medidas na Pesquisa Social*. Vol. 1. 2ª ed. Trad.: Maria Martha H. d'Oliveira e Miriam M. del Rey. São Paulo: EPU, 1987a. 133 p.
- SELLTIZ, WRIGHTSMAN, COOK. *Métodos de Pesquisas nas Relações Sociais – Medidas na Pesquisa Social*. Vol. 2. 2ª ed. Trad.: Maria Martha H. d'Oliveira e Miriam M. del Rey. São Paulo: EPU, 1987b. 133 p.
- SIEVERS, Burkard. *Work, Death and Life Itself*. Berlin; New York: Walter de Gruyter, 1994. 340 p.
- SILVA, Joana Azevedo da. *O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?*. 2001. 223 p. (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo.
- SOUSA, Maria Fátima de. *A Cor-Agem do PSF*. São Paulo: HUCITEC, 2001b. 128 p.
- SOUSA, Maria Fátima de. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. São Paulo: HUCITEC, 2001a. 158 p.
- SOUSA, Maria Fátima de. *Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v.21, p. 7-14, Dez 2000.

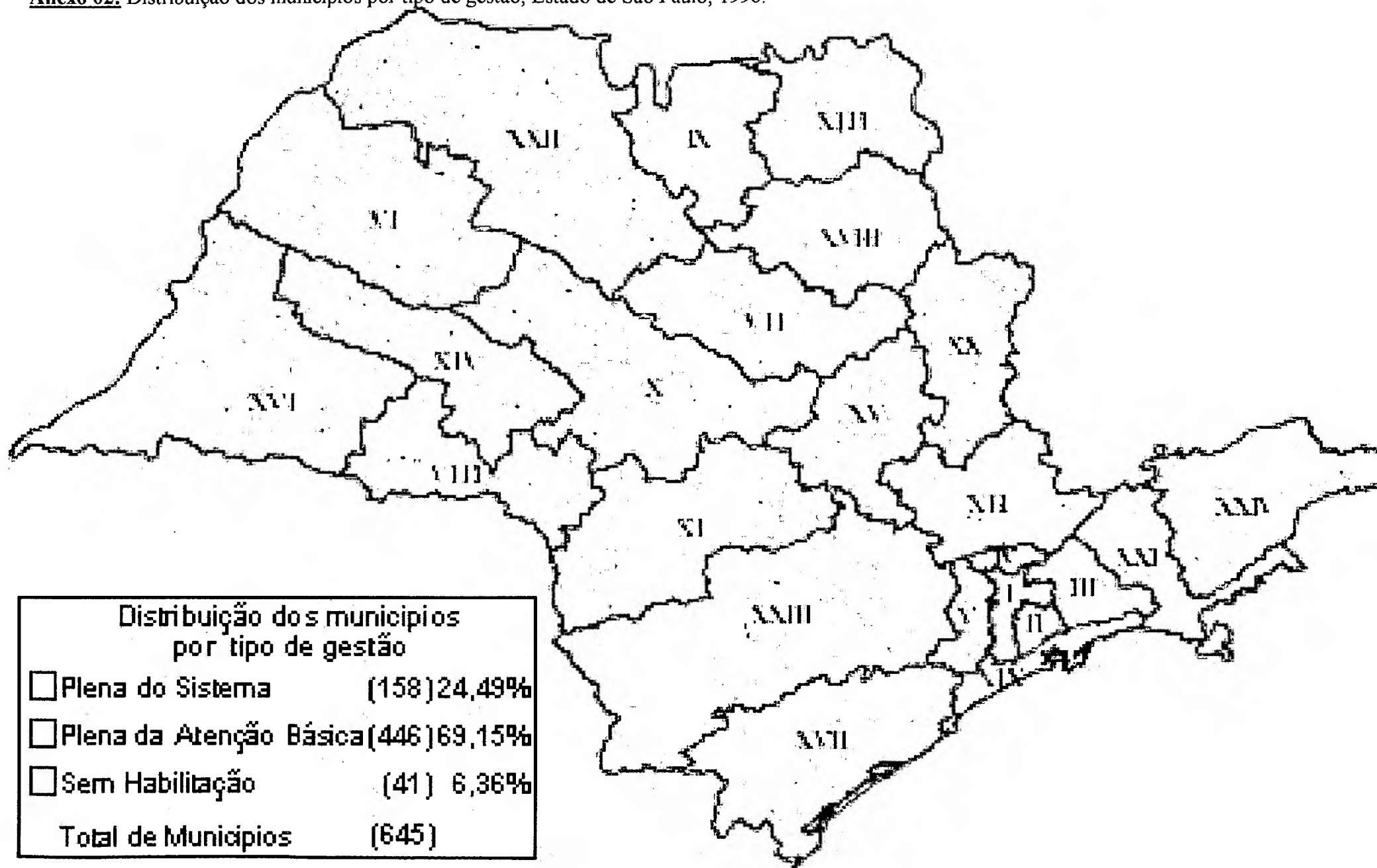
- SPINK, Mary Jane (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano – Aproximações Teóricas e Metodológicas*. São Paulo: Cortez Editora, 1999. 296 p.
- TAYLOR, Robert J.; TAYLOR, Susan B. *The Aupha Manual os Health Services Management*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc., 1994. 652p.
- YUKL, G. *Leadership in Organizations*. 3<sup>rd</sup>. Ed. New York: Prantice Hall International, 1995. 498p.

**ANEXOS**

**Anexo 01:** Distribuição dos municípios por tipo de gestão, Estado de São Paulo, 1994.

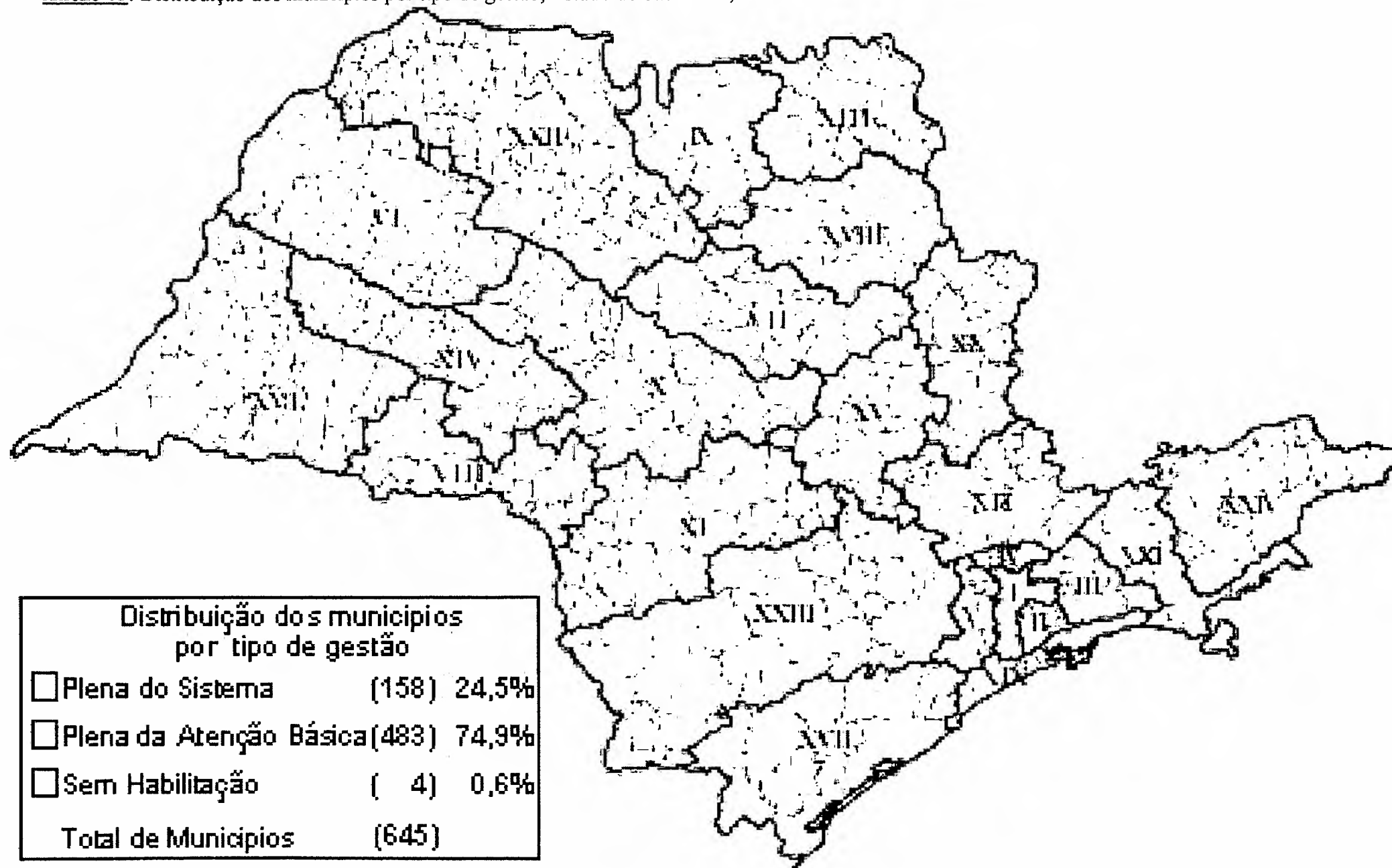


**Anexo 02:** Distribuição dos municípios por tipo de gestão, Estado de São Paulo, 1998.





**Anexo 03:** Distribuição dos municípios por tipo de gestão, Estado de São Paulo, 2001.



## **ANEXO 04**

### **TEORIAS DE LIDERANÇA, SEGUNDO GRANDES AGRUPAMENTOS**

(BASS, 1990, p.37-55)

#### **I. Teorias Personalizadoras e Situacionais**

- Teoria do Grande Homem\*
- Teoria dos Traços\*
- Teorias Situacionais\*
- Teorias Personalizadoras e Situacionais\*
- Teorias com base nos Estilos de Liderança\*
- Teorias Psicoanalíticas

Tentam, em sua maioria, explicar o comportamento de liderança a partir de fatos que ocorreram na infância ou no desenvolvimento familiar. Outros realizaram estudos das personalidades de liderança e as dinâmicas em pequenos grupos.

- Teorias Políticas

Teorias políticas trazem descrições e explicações, implícitas e explícitas, da liderança.

- Teorias Humanistas

As pessoas são motivadas por natureza. A função dos líderes é mudar as organizações de forma a promover a liberdade dos indivíduos para explorar seu potencial motivacional, de forma a contribuir para o alcance das metas da organização como um todo.

#### **II. Teorias de Interação e de Aprendizagem Social**

Explicam a relação entre líder e subordinados como uma consequência da interação entre eles, como também das circunstâncias envolvidas.

- Teoria do Papel do Líder

As características individuais e da situação interagem de forma que se promova o surgimento de um ou mais líderes. Nesta ocasião, as pessoas do grupo se estruturam,

(\* Estas teorias encontram-se descritas no corpo do texto)



assumindo funções e papéis. Espera-se das pessoas que representem os papéis de liderança uma postura diferente das demais.

➤ Teorias da Obtenção do Papel da Liderança

Explicam quem surge como líder do grupo e por quê.

➤ Teoria do Reforço para a Mudança

A liderança é considerada como um esforço observado de um membro do grupo em mudar motivação, entendimento e comportamento dos demais.

➤ Teoria Caminho-Objetivo ("Path-Goal")

Os líderes mostram aos subordinados os objetivos e os benefícios que terão, além de mostrar os caminhos para atingir tais objetivos.

➤ Teoria da Contingência

Os líderes se tornam orientados para as pessoas ou para tarefas de acordo com as necessidades da situação e dos subordinados.

### **III. Teorias e Modelos de Processos Interativos**

➤ Modelo das Ligações Múltiplas

A consideração do líder pelo bem estar do subordinado leva à satisfação do último com a situação.

➤ Modelo dos Múltiplos Cenários

Líderes inteligentes podem potencializar os resultados dos grupos se ele tiver bom relacionamento com seus chefes. Se este relacionamento é pobre, prefere-se um líder com maior experiência do que um inteligente.

➤ Articulação Vertical em Pares

Enfatiza o relacionamento do líder com cada um dos subordinados, ao invés do grupo como um todo.

➤ Teorias das Trocas

Os membros do grupo fazem sua contribuição mediante um custo para eles mesmos. Em troca recebem benefícios que representam um custo ao grupo ou a outros membros.

➤ Teorias Behavioristas

Enfatiza o reforço e lista recompensas e punições necessárias para o controle do comportamento dos subordinados.

➤ Teorias de Comunicação

Teorias que exploram a comunicação e a retórica como pontos importantes para o líder.

#### **IV. Teorias de Percepção e Cognição**

Desenvolve os papéis, o relacionamento entre as pessoas e os fenômenos de grupo em termos de atores, audiência, bastidores.

##### **➤ Teoria das Atribuições**

Cada líder ou subordinado possuem sua teoria implícita de liderança. Se queremos entender o comportamento individual dos líderes precisamos conhecer o que eles pensam da situação em que se encontram como líderes.

##### **➤ Processamento de Informações**

Determinado problema-chave é discutido conjuntamente entre líderes e subordinados.

##### **➤ Análise de Sistemas Abertos**

O meio ambiente possui grande quantidade de “inputs” e “outputs” que devem ser considerados por líderes e subordinados. Isso pode ser processado apenas pelos líderes, no caso de líderes diretivos, ou com a ajuda dos subordinados, no caso de líderes participativos.

##### **➤ Grupos de Terapia**

Vários instrumentos da psicologia são utilizados para análise de sistemas. Considera cinco principais variáveis: (1) nível da distância psicológica entre líder e subordinados; (2) sentir causas, fontes e “cures” da “miséria psicológica”; (3) qual o grupo considerado no microcosmos; (4) a diferença e similaridade do nível de *stress* dos membros; (5) a relação entre o comportamento cognitivo e o expressado pelo líder.

##### **➤ Incorporação de Níveis Macro e Micro**

Vários modelos e teorias de liderança devem ser baseados em modelos e teorias organizacionais maiores.

##### **➤ Aproximação Racional-Dedutivo**

Através de um elenco de dez questões os líderes teriam subsídios para optar por uma gestão mais diretiva ou mais participativa, por envolver o grupo como um todo ou cada subordinado individualmente. Também poderiam deduzir a respeito do melhor perfil para a liderança naquela determinada condição.

## **V.     Explicações Híbridas**

### **➤   A liderança transformacional**

Alvo principal do nosso estudo, esta teoria será abordada com mais detalhes posteriormente em item específico.

## **Anexo 05**

Quadro Comparativo entre Líderes e Gerentes segundo diversos autores.

<b>REFERÊNCIA</b>	<b>GERENTES</b>	<b>LÍDERES</b>
BENNIS e NANUS (1988, p. 19)	Ocasionar, realizar, assumir a responsabilidade, conduzir.	Influenciar, guiar em direção, curso, ação e opinião.
BENNIS e NANUS (1988, p. 20)	Fazem as coisas certas (efetividade)	Fazer certo as coisas (eficiência)
BENNIS e NANUS (1988, p. 35)	Know-how	Know-why
BENNIS e NANUS (1988, p. 77)	Operam sobre recursos físicos, capital, habilidades humanas, matérias-primas e tecnologia.	Operam sobre recursos emocionais e espirituais, sobre seus valores, comprometimento e aspirações.
COVEY (1994, p. 48)	Focalizam o resultado final	Focalizam o objetivo inicial, para uma clara visão e orientação
COVEY (1994, p. 77-79)	Mapas	Bússola
KOUZES , POSNER (1991, p. 26)	Conseguem que outras pessoas façam	Conseguem que outras pessoas desejem fazer
KOUZES , POSNER (1991, p. 32-33)	Estáveis; manutenção; constância	Inovação; conflitos; mudanças

**1. Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)

**2. Sexo:**      ☐ Masc.      ☐ Fem.

**3. Etnia:**            ( ) Branco    ( ) Amarelo  
                              ( ) Negro     ( ) Pardo

**4. Estado Civil:**  
☐ Solteiro    ☐ Viúvo  
☐ Casado    ☐ Outro \_\_\_\_\_

## 5. Grau de Escolaridade

- ( ) Não estudou  
( ) Não chegou a terminar a 4ª série  
( ) Terminou até a 4ª série  
( ) Não chegou a terminar a 8ª série  
( ) Terminou até a 8ª série  
( ) Não chegou a terminar o 3º colegial  
( ) Terminou até o 3º colegial  
( ) Não chegou a terminar a faculdade  
( ) Terminou toda a faculdade  
( ) Outro

**6. Trabalho:**      ( ) Desempregado  
                          ( ) Aposentado  
                          ( ) Autônomo (faz “bico”, é “ambulante”, etc.)  
                          ( ) Trabalho fixo como \_\_\_\_\_  
                          Horário de serviço \_\_\_\_\_

### 7. Situação Sócio-Econômica (Renda Familiar Mensal):

- ☐ menos de R\$180,00.  
☐ entre R\$180,00 e R\$360,00  
☐ entre R\$360,00 e R\$540,00  
☐ entre R\$540 e R\$900,00  
☐ entre R\$900 e R\$1.800,00  
☐ mais de R\$1.800,00

**8. Com quem reside: (Anotar todos que moram junto)**

- ( ) Sozinho  
( ) Com pai  
( ) Com mãe  
( ) Com a mulher / o marido  
( ) Com filhos. Quantos? \_\_\_\_\_  
( ) Com outros parentes. Quantos? \_\_\_\_\_  
Quem? \_\_\_\_\_  
( ) Com outros. Quantos? \_\_\_\_\_  
Quem? \_\_\_\_\_

**Para as questões 9 e 10, escrever sobre a pessoa da casa que descobriu primeiro que tinha diabetes ou pressão alta, e considerar a doença que descobriu primeiro**

## 9. Quem é o paciente?

- ( ) eu mesmo                      ( ) pai / mãe  
( ) marido / esposa              ( ) filho / filha  
( ) outro

## 10. Doença:

- ( ) pressão alta. **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_ (anos)  
( ) diabetes. **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_ (anos)

**11. Há quanto tempo mora na região? \_\_\_\_\_ (anos)**

**12. O paciente possui convênio médico?** ( ) Sim ( ) Não

**13. Se o paciente possui convênio médico, responda:**

- ( ) O paciente usa o convênio para acompanhar a pressão alta
- ( ) O paciente usa o convênio para acompanhar o diabetes
- ( ) O paciente usa o convênio, mas não é para tratar a pressão alta / diabetes
- ( ) O paciente não costuma usar o convênio médico
- ( )

## 2. QUESTIONÁRIO

- 1) Depois que descobriram esta doença em casa, mudou alguma coisa? Assinale com um X cada alternativa. Exemplo: Em relação ao remédio, não mudou nada (não precisou); mudou por um tempo mas depois voltou ao normal (só tomou o remédio por um tempo); mudou só na vida do doente (ele tomou o remédio sozinho, por exemplo); mudou a vida de toda a família (por exemplo, precisava de alguém para dar o remédio para ele).

	Não mudou nada	Mudou por algum tempo, mas depois voltou ao normal	Mudou apenas na vida da própria pessoa, mas para o resto da família não mudou nada	Mudou a vida de toda a família
Remédio				
Tipo de Comida				
Preparo da Comida				
Exercício				
Visitas ao médico				
Contato com outras pessoas do Posto de Saúde				
Cuidados em casa				

Mudou mais alguma coisa? \_\_\_\_\_

Como as coisas mudaram? \_\_\_\_\_

- 2) Algumas pessoas têm esse tipo de doença e não muda nada em casa. Por que você acha que isso acontece?

☐ Porque não é necessário.

☐ Por falta de dinheiro.

☐ Porque o paciente não acha isso tão importante ou tem preguiça de fazer os cuidados.

☐ Porque não sabe o que tem que fazer.

Tem mais alguma coisa que você acha que atrapalha? Explique. \_\_\_\_\_

- 3) No caso dessa doença, muitas pessoas são importantes para fazer com que os pacientes mudem, que consigam se cuidar melhor. Quem são essas pessoas? De acordo com a importância que você dá para cada uma dessas pessoas, preencha com os códigos abaixo.

☐ Vizinhos, amigos ou parentes que não moram junto

☐ Parentes ou outras pessoas que moram na mesma casa

☐ Pessoal do Posto de Saúde

☐ Farmacêuticos, curandeiros, etc.

☐ Outros \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Como elas ajudam? \_\_\_\_\_

Muito importância	1
Alguma importância	2
Pouca importância	3
Nenhuma importância	4

4) Sobre o que cada profissional do posto de saúde faz, diga, para cada item, se ele faz sempre, geralmente, às vezes, raramente ou nunca. Para isso use os códigos da tabela seguinte:

Sempre	1
Geralmente	2
Às vezes	3
Raramente	4
Nunca	5

Exemplo: Se o Agente de Saúde manda obedecer só às vezes, coloque “3” na frente de “Manda obedecer” e embaixo de “Agente de Saúde”; se ele faz elogios sempre, coloque “1” na frente de “Faz elogios quando a gente se cuida” e embaixo de “Agente de Saúde”; e assim por diante.

	Agente de Saúde	Aux. Enferm.	Enfermeiro	Médico
Manda obedecer				
Faz elogios quando a gente se cuida				
Dá a atenção que deveria				
Explica sobre a doença				
Ensina os cuidados				
Recomenda os cuidados				
Manda mudar hábitos				
Ouve os problemas				
Conversa sobre as soluções para esses problemas				
Fica lembrando os cuidados que a gente deve ter				
Acompanha o tratamento				
Entende as dificuldades				
Verifica se toma os remédios				
Mostra a importância de se cuidar				
Resolve nossos problemas				
Inspira confiança e admiração				
Decide pela gente como a gente deve se cuidar				
Me anima para que continue cuidando				

Fale um pouco sobre isso. \_\_\_\_\_

5) Você descobriu a doença antes do QUALIS começar? ( ) Sim. ( ) Não.

Agora, só responda a pergunta seguinte (número 6) se você tiver respondido “Sim”.

6) O que mudou com o Qualis? Assinale todas as alternativas que você acha que mudou.

- |   |                                    |                           |
|---|------------------------------------|---------------------------|
| ( ) Deixou de tomar remédios por estar controlando melhor a doença. | ( ) Parou de fazer auto-medicação. | ( ) Participa dos grupos. |
| ( ) Convive mais com as pessoas do posto de saúde.                  | ( ) Conheceu mais amigos.          | ( ) Mudou a comida.       |
| ( ) Controla a doença com maior frequência.                         | ( ) Começou a sair mais.           | ( ) Não mudou nada.       |
| ( ) Começou a fazer exercícios com regularidade.                    | ( ) Outro _____                    |                           |



À

Coordenação Projeto Qualidade Integral à Saúde – Fundação Zerbini

Região Norte

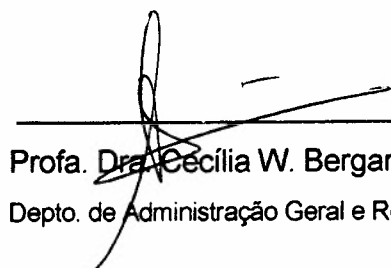
AVC Dra. Jurema

São Paulo, 25 de Setembro de 2001.

Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar a pesquisa “O Programa de Saúde da Família: Estudo dos Elementos de Liderança Transformacional pelas Famílias portadoras de Hipertensão / Diabetes assistidas pelas Unidades de Saúde da Família da Coordenação Norte do Projeto Qualidade Integral à Saúde II – Fundação Zerbini”. Essa coleta de dados faz parte da Dissertação de Mestrado Acadêmico de Sandra Satiko Kuwada, pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getúlio Vargas.

Sem mais para o momento, agradecemos antecipadamente, renovando nossos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Cecília W. Bergamini  
Depto. de Administração Geral e Recursos Humanos - ADM



## **ANEXO 08**

### **DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE PESQUISA**

1. Autorização formal, mediante ofício da FGV e arguição da equipe técnica do QUALIS II.
2. Recebimento dos questionários dos Agentes Comunitários de Saúde para sorteio dos elementos amostrais.
3. Sorteio dos elementos amostrais e preparação dos envelopes para cada ACS.
4. Reunião com cada equipe de saúde da família, em reunião de rotina, para orientação sobre os procedimentos de entrega e coleta dos envelopes.
5. Coleta e tabulação de dados.
6. Devolutiva dos dados da pesquisa para as equipes de saúde da família.

Desde o início do processo, esta pesquisa teve a preocupação de devolver os dados coletados para as próprias equipes de saúde da Coordenação Norte do QUALIS II uma vez que estes sujeitos eram, em última instância, aqueles que detinham o poder de mudar a realidade encontrada. Desta forma, a atividade proposta foi elaborada em forma de Oficina para cada Unidade de Saúde que participou da pesquisa, conjuntamente com a Coordenação Geral da Fundação Zerbini. Após aprovação em reunião, ficou deliberado que tais atividades ocorreriam entre os dias 17 e 21 de dezembro de 2001, semana destinada às atividades de planejamento para o ano de 2002. Cada dia da semana seria destinada ao trabalho com uma das Unidades.

Este exercício serviu para estimular a reflexão das equipes e gerentes das unidades sobre seus resultados e suas práticas, enriquecendo as atividades de planejamento. Também representaram uma oportunidade de reflexão conjunta a respeito dos resultados obtidos, o que serviu de material para subsidiar o Capítulo de “Discussão e Análise de Dados”.

Segue o plano de aula criado para a Oficina e relatórios elaborados em cada uma das Unidades.

**PROPOSTA DE OFICINA PARA DEVOLUTIVA DOS DADOS COLETADOS EM LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL  
UNIDADES DE SAÚDE DA COORDENAÇÃO NORTE – QUALIS II – FUND. ZERBINI**

<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>REC. MATERIAIS</b>
9h00 – 9h30	Dinâmica de aquecimento e integração	Colocar uma música bem calma ao fundo e fazer um transporte para um lugar bem reconfortante. Preparar as pessoas para que elas tenham um ótimo dia de trabalho, com muita paz, tranquilidade e alegria. Distribuir cartões coloridos (6 cores diferentes) para a divisão em subgrupos.	Etiqueta Caneta hidrocor Aparelho de som CD Enya ou similar
9h30 – 10h30	Trabalho em pequenos grupos	Dividir o grupo em 6 subgrupos. Cada subgrupos trabalhará um tema diferente, a saber: O que eu espero enquanto pessoa? O que eu espero enquanto funcionário? O que eu espero da minha atuação na comunidade? O que eu acho que as pessoas da comunidade esperam de mim? O que significa, para mim, a palavra “motivação”? O que é, para mim, “qualidade de vida”?	Papel de flip chart Pincel atômico Fita crepe
10h30 – 11h30	Construção do painel coletivo com a discussão dos subgrupos	Cada subgrupo deve apresentar a discussão e as conclusões tiradas pelos seus integrantes.	
11h30 – 12h00	Discussão / Conclusão	Remeter para o fato de que cada coisa possui vários pontos de vista, que devemos respeitar. Quando jogamos um cubo no chão, não podemos achar que as outras pessoas têm a mesma visão que nós temos. Relacionar todas as expectativas com a motivação e a qualidade de vida.	
12h00 – 12h15	Encerramento FASE I	Dispensar todos os integrantes das equipes para o almoço. Manter os demais profissionais da Unidade na sala. Distribuir a letra da música “O que é; o que é” e cantar junto. Distribuir um canudo com mensagem para cada um deles, como símbolo de amor.	Letra “O que é, o que é” Aparelho som CD música Canudos de mensagem
13h00 – 13h15	Dinâmica da confiança	Cada equipe deve formar um círculo. Uma das pessoas vai para o centro do círculo, encosta os pés, fecha os olhos e deixa o corpo cair. O resto do grupo tem que apoiar a pessoa para que não caia e esta não pode tirar os pés do lugar. Revezar entre todos da equipe.	
13h15 – 13h30	Resgatar	Construir coletivamente qual o sentido deste dinâmica. No que ela se relaciona com o nosso trabalho do dia-a-dia? Concluir colocando também a importância desta atividade como preparatória do momento seguinte.	
13h30 – 15h00	Discussão nas equipes	Reflexão:	Papel de flip chart

		<p>O que chamou atenção nos dados da nossa equipe?</p> <p>Quais os nossos pontos fortes?</p> <p>Quais os nossos pontos fracos?</p> <p>Que resultados queremos melhorar no ano que vem?</p> <p>Construir duas propostas para atingir estes resultados.</p> <p>Quais são as dificuldades para que eu possa efetivar estas propostas?</p> <p>Como podemos resolvê-las?</p>	<p>Pincel atômico</p> <p>Fita crepe</p> <p>Papel sulfite</p> <p>Canetas</p>
15h00 – 16h00	Plenária	Cada equipe expõe o trabalho do grupo	
16h00 – 16h30	Conclusões	Resgatar a importância de incorporar a avaliação no cotidiano para o planejamento das ações, que deve ter caráter sempre dinâmico.	
16h30 – 17h00	Encerramento	<p>Distribuir a letra da música “Como uma Onda”</p> <p>Cantar e realizar atividades corporais para relaxamento.</p>	<p>Letra da música “Como uma Onda”</p> <p>Aparelho de som</p> <p>CD “Como uma Onda”</p>
		Distribuir para as pessoas um cartão e uma caneta hidrográfica. Cada pessoa coloca seu nome no cartão. Enquanto toca uma música bem gostosa, as pessoas colocam uma mensagem, uma palavra ou um desenho no cartão das outras pessoas, como um presente daquele encontro.	<p>Fichas sem pauta</p> <p>Caneta hidrográfica</p> <p>Aparelho de som</p> <p>CD</p>

## DOCUMENTO SÍNTESE – OFICINA V. ESPANHOLA – 17.12.01

### GRUPO 1: O que eu espero enquanto pessoa?

- 1º lugar (unânime): ser feliz !!! (baseado no amor!)
- Respeito (baseado na troca: respeitar e ser respeitado)
- Compreensão (em todos os lugares, inclusive no trabalho, porque passamos grande parte do nosso tempo trabalhando)
- Amar e ser amado (pessoal e profissionalmente)
- Calar para ouvir e falar (momentos e situações)
- Se fizermos tudo isto, podemos atingir um crescimento interior.

### GRUPO 2: O que eu espero de mim enquanto profissional?

- Maturidade para encarar a competitividade como crescimento profissional e não, crítica pessoal. O objetivo comum é fazer com que todos melhorem para que o grupo atinja os resultados esperados.
- Respeito
- Carinho
- Educação

### GRUPO 3: O que eu espero da minha atuação com a comunidade?

- Esperamos ajudar modificar alguns hábitos prejudiciais à saúde, incentivando a participação popular na comunidade e unidade com orientações e informações corretas, promovendo grupos: caminhadas, passeios, controle (HÁ, DM), puericultura, gestantes, planejamento familiar, saúde bucal, reuniões de comunidade.
- Atender com respeito, atenção e carinho – deve ser recíproco.

### GRUPO 4: O que eu acho que a comunidade espera de mim?

- Esperam que nós resolvemos todos os problemas deles. Exemplos:
  - Sociais
  - Psicológicos
  - Familiares
  - Sentimentais
- Quando não temos condições de resolver algo para eles:
  - Cobranças
  - Reclamações
  - Falta de respeito

### GRUPO 5: O que significa, para mim, a palavra “motivação”?

- Estímulo
- Ânimo
- Incentivo
- Desejo de realizar alguma coisa
- Empenho
- Sorria, você está sendo filmado.

### GRUPO 6: O que é, para mim, “qualidade de vida”?

- Poder fazer as coisas que gosta sem prejudicar ninguém;
- Ter uma casa para morar;
- Ter um bom emprego e um bom salário;
- Ter uma assistência médica boa;
- Amar e ser amada;
- Ter reconhecimento do meu trabalho;
- Amizade / solidariedade;
- Poder ter os filhos que desejar;

- Ter uma boa educação para todos;
- Ter consciência na hora de votar;
- Ter liberdade de fazer escolhas que mais convém.

## TRABALHO DE ANÁLISE DAS EQUIPES

### EQUIPE 1

Proposta: elaborar instrumento próprio porque o SIAB é insuficiente para nos dar informações importantes para trabalhar

O que chamou atenção nos dados? Vimos que realmente houve transformação na vida do paciente. Damos um enfoque específico no paciente. Só informamos o paciente, mas não cuidamos da orientação à sua família. As orientações devem ser passadas para toda a família e não só para o próprio paciente. Só sabemos trabalhar com a doença.

Teve modificação em todos os itens, mas pecamos em focar só na doença da pessoa. Tem que ser uma mudança de hábito não só para ele. As doenças hereditárias exigem que toda a família tenha seus hábitos modificados.

Pontos fortes: transformação, poder de convencimento. O autoritário às vezes é necessário, ou é a única forma de trabalhar a orientação ao paciente. Isto também pode ser uma deficiência na formação. A capacitação foi diária, no dia-a-dia.

Ponto fraco: faz muitos procedimentos, mas falta orientação. No começo, os grupos foram montados para isto mesmo – o paciente não sabe o que é pressão alta ou baixa, e não explicamos. A responsabilidade é grande. Fazer a palestra é importante para explicar, mas o tempo é restrito e hoje só nos concentramos na pré-consulta.

Aqueles que vêm são sempre os mesmos, estes já estão ganhos. Os outros só têm a pré-consulta para a orientação. Então, precisamos repensar.

2002: Enfocar melhor a família. Não adianta falar só com ele, porque, por exemplo, o idosos, muitas vezes não faz sua comida. É outra pessoa da família que cuida da comida do paciente.

Utilizar o espaço dos grupos para passar as orientações.

O grupo de caminhada vem toda a semana, mas não usamos este espaço para dar orientação.

Proposta: Fazer grupos fora da Unidade, porque não temos espaço físico disponível. O grupo de diabéticos, por exemplo, tem cerca de 20 pessoas. Não temos sala suficiente para isto.

- Não é só por falta de espaço, mas é muito importante verificar as experiências do cotidiano das pessoas. Por mais que nos orientemos, ela não se concretiza na prática do dia-a-dia.

A reunião da comunidade foi utilizada para orientação, mas não sei se deu muito resultado. Porque eles já conhecem, já sabem o que tem que fazer.

Passamos para o paciente como se comportar. Mas o paciente tem o direito de optar em aderir ou não.

- Mas temos obrigação de forçar a transformação.

Trabalhar a autonomia é importante, mas não dá para desconsiderar a obrigação de orientar.

- Temos que rever o que é ensinar. Será que devemos usar a palestra? Muitas conversas de corredor são mais importantes que a palestra.

Muitas informações passadas na reunião era para ser passada no consultório, mas não dá tempo.

Sou adepto da terapia de choque para convencer o paciente.

- Ao invés de trabalhar a restrição, podemos promover um concurso de comida dietética, para não restringir o paciente.

- Revii prontuários e refletiu sobre os valores que dá para remédio, exercícios, comida, etc. O resultado do prontuário reflete exatamente os seus valores individuais.

Tem que colocar que o neto também pode ser hipertenso se ele não cuidar de toda a família.

#### Dificuldades:

Tempo

Espaço físico

Capacitação – não fomos treinados para fazer isto

Instrumento – material educativo

Resolução:

Espaço físico

Tempo

Capacitação

Instrumento

Proposta:

Fazer grupo de hipertensos fora da Unidade, mais próximo dos pacientes.

EQUIPE 2

Negativos:

A história da atividade física, como a equipe não acredita que isto é importante, falhamos em incentivar o paciente.

Verificamos que conseguimos que as pessoas mudassem o sal da comida, mas não o jeito de se alimentar. Por quê? Não sabemos orientar. Temos baixo nível sócio-econômico e não sabemos orientar para uma alimentação de mesmo preço, mas de qualidade melhor.

Positivos:

Apesar de fazermos uma orientação ortodoxa, teve algum impacto.

O que chamou a atenção?

Fomos equilibrados na postura e tiveram um resultado bom.

Positivos:

Grupo de controle de hipertensão – foi terapêutico porque 85% avalia como bom.

100% tratam aqui a hipertensão, independente de ter convênio.

Problema:

Muitas famílias por equipe.

Estratégias:

Sensibilização dos pacientes sobre a importância da caminhada.

- Poderia usar estratégia de encontros entre grupos de caminhada das diversas Unidades.

Temos que passar a valorizar os exercícios.

Mas a caminhada não é sozinha, ela tem que ser associada a outros recursos.

- A equipe tem que estar convencida da importância e, com o tempo, ela deve estar incorporada ao dia-a-dia das pessoas.

A preferência de atividade física depende de cada paciente. Cada um gosta de um tipo de atividade.

A reeducação alimentar é um processo complicado. O preço da comida light ou diet é muito alto.

- Não acho que tem que deixar de comer as coisas, mas precisa comer com moderação.

EQUIPE 3

O que mais chamou a atenção?

O número de questionários ou questões não respondidas. O questionário era complexo. A maioria era até a 4ª série, mas acho que estava difícil para responder.

O resultado da equipe foi transformacional, mas apareceu pouca mudança de hábitos. Acho que individualizamos muito e não focamos a família, o que reflete neste baixo indicador de mudanças.

Para melhorar, podemos verificar as visitas. O médico, na casa, faz muita diferença. Com as visitas, pode melhorar mais as mudanças.

Metodologias:

Não focar a doença mas trabalhar as orientações.

Precisamos de mais tempo na agenda para a área.

Com as visitas domiciliares, podemos reduzir bastante as consultas, porque atendo vários pacientes ao mesmo tempo.

Com 1200 famílias é difícil de fazer isto. É um processo lento. Portanto, acho que temos que sensibilizar os pacientes nos grupos, para agilizar o acompanhamento dos pacientes. A população está acostumada com o tradicional, portanto, é muito importante mudar aos poucos. Dentro do ambiente da família a relação é diferente. Acho que diminui a consulta e o acolhimento.

- Podemos perder também na qualidade da consulta.

## DOCUMENTO SÍNTESE – OFICINA V. RAMOS – 18.12.01

### GRUPO 1: O que eu espero enquanto pessoa?

- Respeitar a opinião alheia, para que a gente consiga ser transformador
- União para alcance de metas comuns
- Bom senso – serenidade para lidar com as dificuldades e principalmente persistência
- Acolhimento dos funcionários.

### GRUPO 2: O que eu espero de mim enquanto profissional?

- Trabalhar em local agradável (espaço físico e humano)
- Atender bem a comunidade
- Reconhecimento do empenho e desempenho
- Direito de opiniões nas ações e decisões
- Democratização das informações e do conhecimento
- Trabalhar em equipe
- Crescimento pessoal e profissional

### GRUPO 3: O que eu espero da minha atuação com a comunidade?



### GRUPO 4: O que eu acho que a comunidade espera de mim?

- Companheirismo
- Respeitosamente
- Amizade
- Atenção e escuta
- Retorno da escuta e outros
- Conhecimento de tudo
- Respostas
- Imediatismo
- Bom atendimento

### GRUPO 5: O que significa, para mim, a palavra “motivação”?

- (Incentivo) “Reconhecimento”
- Precisa de um investimento em nós mesmos enquanto profissional e pessoal
- A busca da motivação pode ainda ser procurado pelo próprio indivíduo no seu dia-a-dia
- Tem que ter fé, porque quem tem fé tem amor. Quem tem amor pode dar de si.

### GRUPO 6: O que é, para mim, “qualidade de vida”?

- É ter saúde física, emocional, mental. Boas condições de moradia, bom emprego, relacionar-se bem com os amigos, família, companheiro(a). Atividades de lazer que propiciem relaxamento. A alimentação, a educação, sentir-se seguro. Condições confortáveis de habitação que quer dizer saneamento básico, acesso fácil a transporte, a



cuidados preventivos com a saúde. Interação com a comunidade exercendo o direito de cidadania.

## TRABALHO DE ANÁLISE DAS EQUIPES

### EQUIPE 1

A quantidade de dados era muito grande para analisar.

Descrição sócio-econômica.

Dados de mudança quando da descoberta da doença – incoerências. Hipóteses: dificuldade de entendimento do questionário e restringir a supervisão do medicamento como única alternativa de cuidado da família.

- Qual era o objetivo da pesquisa? Este dado mostra a postura transacional.

A família ainda não está assumindo seu papel no cuidado. Não estamos atingindo as famílias.

- Mudanças na composição e papel dos integrantes das famílias.

- Relata dificuldade de resposta das famílias. As respostas são incoerentes. Eles podem não ter entendido, e a linguagem é muito difícil.

- Estava difícil e auto-sugestivo. Os itens direcionam as respostas.

- As respostas dos convênios estão incoerentes.

- Existe a possibilidade de estarem confundindo o Qualis com os convênios.

- Distorções de amostra. Considerar também o todo.

Familiares e profissionais da US são muito importantes na adesão ao tratamento.

Mais frequentes: elogiam, dão atenção, explicam sobre a doença, manda mudar hábitos, etc...

Ainda não estamos transformando. Não conseguimos uma abordagem, uma linguagem que transforme.

- Temos que informar, mas precisamos também transformar.

Quando explicamos, conseguimos transformar.

- O paciente tem o direito de aceitar a transformação ou não, mas temos que fazer com que isto mostre os nossos deveres de transformar.

- Mas como prevemos o ano de 2002?

Os dados serviram para apontar alguns pontos falhos, lembrar alguns exemplos que não atentávamos. Portanto, serviu como pontos de reflexão da postura da equipe. Foi importante para estruturar o trabalho do resto da semana.

- Importante rever nossa própria transformação. Não temos que fazer pelo usuário, temos que devolver para esta população a responsabilidade sobre a saúde.

- O José Renato teve fala importante quando disse que o usuário acha que a saúde é um problema da equipe de saúde. Portanto a transformação começa na equipe para poder ir para fora. Quando não dá para fazer a caminhada, até que ponto o paciente caminha sozinho?

- Isto descaracteriza o nosso trabalho porque somos muito paternalistas.

- Muita gente que começou a frequentar o grupo achou que entrou com uma doença, a pressão alta, e saiu com duas, a pressão alta e a hipertensão. Mas, na realidade, ele não sabe que são a mesma coisa.

- O pai só escovava os dentes da criança enquanto ele pagava o tratamento dentário. A partir do momento que a criança começou a tratar aqui, ele não escovou mais. Me senti incomodada com isso.

### EQUIPE 2

A gente sentiu o questionário complicado, portanto, não sabemos até que ponto respondeu conscientemente.

Avaliamos a postura da equipe. A nossa equipe está trabalhando com uma tendência mais transformacional. Mas não temos certeza de que as respostas são conscientes.

O que chamou atenção nos dados?

Deu que temos uma tendência transformacional, mas não achamos que somos transformacionais.

Mas não sabemos se é verídico porque na sequência das respostas têm informações incoerentes.

Pontos fortes:

O usuário é bem assistido pelo agente, mas é mal assistido pelo médico.

O agente é importantíssimo.

Ponto fraco:

O usuário é bem atendido, mas ele só pode resolver seus problemas quando for atendido para o médico.

O que queremos melhorar?

Não sabemos onde estamos pisando. Precisamos esclarecer o projeto para que os usuários avaliem.

Mudar visão imediatista.

Mudar a centralização médica.

Temos que reforçar o auto-cuidado.

- Temos mais maturidade hoje.

Proposta:

Atendimento por equipe.

A maioria dos usuários não sabem quem é o auxiliar e o enfermeiro. Então, é um pouco complicado. Portanto, para a equipe é difícil ter discernimentos. Só para o agente é que ele está bem estruturado.

Conscientização em todos os momentos com o usuário, no sentido do coletivo, buscando participação popular.

Dificuldades:

Falta parcerias com a comunidade e vice-versa;

Falta lideranças positivas.

Como resolver:

Compondo conselhos de saúde.

Redemocratização da informação.

Divulgação em mídia é errada (só fala sobre o médico).

- Tem interferências políticas – está dando médico para todos. Portanto, não podemos mudar. A conscientização tem que ser outra.

- A participação popular envolve todos nós, inclusive funcionários. Sem ter isso, não podemos criar conselho – conselho de fantoche.

A equipe está buscando o objetivo da Unidade como um todo e isso é muito importante. É só assim que conseguimos construir o conselho.

- O trabalho é a longo prazo. É gradual. Três anos são poucos para a ousadia do processo social. Vai levar mais tempo.

- O amadurecimento que fizemos está refletindo só agora. Temos que dar tempo ao tempo para que isto aconteça.

- Persistir e continuar porque o resultado vai aparecer.

- Os cartazes afixados foram estruturados para identificar o seu agente, o seu auxiliar, seu enfermeiro e seu médico.

- Os cartazes refletem as nossas concepções, que ainda mantêm a hierarquia no trabalho em saúde. O importante é saber que a transformação parte da gente mesmo.

### EQUIPE 3

O que chamou atenção nos dados da nossa equipe?

Não conseguimos chegar a um nível de transformação maior do que o equilíbrio, muito embora seja uma prioridade nossa. Foi uma surpresa. Mas serviu para refletir sobre nós mesmos, e nosso trabalho.

A equipe 3 sofreu grandes mudanças e nos fez repensar sobre o nossa atuação.

Não conseguimos a uma porcentagem maior mas tentamos chegar mais.

O que percebemos também é que a falta de sensibilização é que faz com que as pessoas não se transformem. Não conseguimos motivá-los.

Pontos fortes:

Importância que a comunidade atribuiu ao posto. A população dá credibilidade ao posto e isto é um ponto forte.

Ponto fraco:

Temos que investir para que a pessoa possa mudar. Às vezes não é o dinheiro, mas é a falta de motivação, a preguiça, a inércia, a mesmice. E esta responsabilidade é transferida para a Unidade como um todo.

Resultados a serem melhorados:

Melhorar atuação com grupos atuando mais nas famílias. A população acredita no trabalho dentro da Unidade. Mas podemos trabalhar para que as pessoas tirem os conceitos de dentro para fora.

Dificuldades:

A participação é sempre das mesmas pessoas. Como sensibilizar outros?

Podemos perceber que o envolvimento do ACS é essencial. Se ele acredita, é mais fácil trabalhar a comunidade.

Como resolver:

Linguagem não técnica facilita.

Trabalhar lideranças, trabalhar fóruns. O trabalho com a comunidade não é do agente. Precisamos ter parcerias com outros órgãos e setores.

- Mesmo as pessoas que tinham convênio, continuam tendo atendimento no posto de saúde.

#### EQUIPE 4

Ficou equilibrado transacional / transformacional.

A maioria entrevistada foram os idosos e a maior parte foi o número elevado de analfabetos, desemprego e a renda familiar muito baixa.

- Ainda não conseguimos trabalhar o analfabetismo.

O trabalho não está calcado na relação comunidade / equipe. A comunidade não aderiu a proposta e isso é culpa nossa também. Porque não estamos conseguindo fazer com que a população entenda.

Pontos fortes:

Estava balanceado e conseguimos mudar.

Deixou de tomar remédio por estar controlado.

Pontos fracos:

Dificuldade na motivação.

Dificuldade de trabalhar os grupos de risco.

Aprendemos a trabalhar com os grupos de risco tradicionais, mas também o desempregado, a baixa renda, etc, também são grupos de risco. Aumenta tanto o grupo de risco que só temos risco.

- Temos grupo de risco social e biológico, mas são naturezas diferentes. Os biológicos entram no SIAB, os demais, não.

Nós nos referimos sempre à terceira pessoa, mas também temos os nossos erros, as nossas rebeldias, as nossas dificuldades.

- Quem tem mais discernimento, pode ser menos rebelde. O olhar de quem vê pode achar uma rebeldia, mas para quem pratica, isto não é uma rebeldia – é natural.

- Muitas vezes, falamos que ele é rebelde, mas muitas vezes ele não sabe. A partir do momento que conhece, negociamos a proposta de tratamento.

Mas também têm pessoas orientadas, instruídas, que são rebeldes.

Resultados para melhorar:

Trabalhamos o indivíduo, mas não a família. Portanto temos que trabalhar com a família, a conscientização.

Temos que trabalhar o analfabetismo.

Podemos trabalhar em parceria com a comunidade.

A motivação precisa vir da gente.

Neste ano, faltou motivação.

Tentar desenvolver mais o auto-cuidado, a independência do paciente.

- Mudar de transacional para o transformacional é a grande virada.

Primeiro vamos motivar a população. Porque as vontades têm que estar independentes da sua presença física na comunidade.

Propostas:

Planejar ações coletivas e familiares

Ações que possam modificar comunidade – planejar conjuntamente com a comunidade.

Quanto a pesquisa, sentimos dificuldade de interpretação. Mas pode ser a falta de costume.

Pode ter perguntas capciosas, mas trouxe dois conceitos importantes: transacional e transformacional. Isto pode ser importante.

- Quando começou o projeto, chegávamos nas casas e explicávamos. Era muita gente na Unidade. Ao exteriorizar as nossas ações, com a reestruturação das equipes, permite planejamento.

## DOCUMENTO SÍNTESE – OFICINA GALVÃO – 19.12.01

### GRUPO 1: O que eu espero enquanto pessoa?

- Humanização
- Paciência / Tolerância
- Respeito profissional e pessoal – trabalho tem que ser respeitado, independentemente da natureza do trabalho porque todos os trabalhos são importantes
- Pessoal – se me respeito, tenho mais tolerância
- Satisfação (geral)
- Reconhecimento: no lar, no dia-a-dia, no trabalho, no individual (eu sou importante)
- Ética (em todos os aspectos)
- Solidariedade
- Compreensão / harmonia
- Comunicação – se expressar direito é importante
- Fé / esperança
- Maior iniciativa – nós temos que dar o ponto de partida para que as coisas aconteçam
- Dignidade – tenho que saber me respeitar
- Poder mostrar a capacidade profissional – não dá para mostrar tudo no dia-a-dia, então todos podem fazer muita coisa que não têm oportunidade de mostrar no serviço.

A partir do momento que conseguimos isto, nos sentimos gratificados.

### GRUPO 2: O que eu espero de mim enquanto profissional?

- Humanização: paciência, tolerância, respeito mútuo, ... Conversamos para que os pontos de vista diferentes possam ser trabalhados até um acordo.
- Salário digno, principalmente o agente comunitário.
- Melhores condições de trabalho (área física, equipamentos, etc. – lembrar também das condições de trabalho na rua)
- Trabalho em equipe
- Integração entre funcionários e respeito mútuo (não importa a função)
- Educação continuada (capacitação permanente)
- Momento de confraternização entre funcionários do QUALIS (comes e bebes)
- Redução das famílias, isto é, adequação do número de famílias por equipe
- A não demissão do agente quando este muda da área de abrangência após criar o vínculo com a comunidade
- Equiparação de benefícios com os funcionários da Fundação Zerbini / Incor
- Reconhecimento pelos diversos órgãos responsáveis pela saúde da importância do QUALIS

### GRUPO 3: O que eu espero da minha atuação com a comunidade?

- Adesão / união da comunidade com a Unidade
- Maior participação – participação ativa com a comunidade
- Resolutividade / poder de decisão / senso comum
- Confiabilidade / cumplicidade / credibilidade
- Ação conjunta
- Comunhão de idéias
- Solidariedade
- Cidadania / Direitos e deveres
- Melhor qualidade de vida

### GRUPO 4: O que eu acho que a comunidade espera de mim?

- Resolução imediata dos seus problemas
- Responsabilizam unicamente a Unidade pela promoção de sua saúde
- Consulta médica individual para resolver seu problema de saúde
- Consulta com o dentista (só participam de grupos de souberem que o dentista irá examinar a boca)

É um problema nosso não mudar a cultura da saúde: saúde se restringe a consulta médica e de responsabilidade única da Unidade de Saúde. Temos que contribuir para mudar.

#### GRUPO 5: O que significa, para mim, a palavra “motivação”?

- Vontade de realizar, fazer, produzir, concretizar sonhos, colocar em prática
- Como? Através do reconhecimento, tanto da população, como dos gerentes / gestores
- Incentivo, elogio, entusiasmo, participação
- Ter um objetivo de chegada – individual e da equipe
- Força para transpor barreiras
- Força interior
- Força exterior: famílias, amigos, ambiente de trabalho, ambiente social, cooperação, fatores ambientais, arte
- Salário digno, apoio, boas notícias
- A comunidade também tem que estar na comunidade a sair dos problemas que não são fáceis. Por isso é importante ouvir a comunidade – o que ela quer?
- Os agentes estão sem um lugar de escuta na Unidade. Este espaço também seria fator de motivação, porque seria um espaço de troca, escuta, etc. – apoio psicológico para o trabalho dos agentes

#### GRUPO 6: O que é, para mim, “qualidade de vida”?

- É um conjunto de fatores que estão relacionados ao bem estar do indivíduo (físico, mental, espiritual, biológico)
- Saúde
- Boas condições de trabalho
- Habitação
- Lazer
- Educação
- Segurança
- Transporte
- Liberdade
- Convivência em grupos sociais

### TRABALHO DE ANÁLISE DAS EQUIPES

#### EQUIPE 1

##### O que chamou atenção nos dados?

Mudar os conceitos nos hábitos do paciente seria um trabalho de transformação.

4 famílias não responderam.

1 família quis agradar e colocou 6 em tudo.

Das 10 que sobraram, 8 foram transformacionais e 2 transacionais e isto surpreendeu a equipe.

Pontos fortes: resposta subjetiva e muitos dados, mas todas as famílias apresentaram alguma mudança.

Ponto fraco: ainda temos paciente que se auto-medica e grande sedentarismo, que não conseguimos trabalhar.

Aqueles que vêm são sempre os mesmos, estes já estão ganhos. Os outros só têm a pré-consulta para a orientação. Então, precisamos repensar.

Proposta: grupos educativos, recreativos e de lazer.

Utilizar o espaço dos grupos para passar as orientações.

Dificuldade: Falta adesão da comunidade.

Como resolver: fazer com que os pacientes tenham consciência de todas as atividades que promovemos. Precisamos conscientizá-los de que são responsáveis pela própria saúde.

A amostragem mostra dependência para conosco, mas ficamos contentes com a característica transformacional.

## EQUIPE 2

### O que chamou atenção da equipe:

Cada um queria saber o que a comunidade achava do nosso trabalho e os resultados. Queríamos saber também o que mudou.

### Pontos fortes:

Somamos todos os pontos do enfermeiro, médico, auxiliar e agente de saúde para cada uma das ações.

Geral: -86 / +74

Até que não foi grande diferença entre o transacional e transformacional.

A pontuação da Noêmia também foi boa, e antes, eles nem conseguiam identificar a Noêmia como da equipe. O que aconteceu para que mudasse? Ela começou a orientar mais em grupos, pré-natal, etc.

### O que melhorar?

Temos que ter esperança e esperamos estimular o auto-cuidado e diminuir a dependência. Nós cobramos deles e eles cobram da gente, portanto temos que estimular o auto-cuidado.

### Proposta: mudar postura.

As condições de trabalhar o transformacional é difícil, mas temos que mudar a postura até profissional. Atrás da mesa a gente é a pessoa que manda.

Estamos fazendo proposta para 2002, mas não ouvimos a comunidade. Precisamos ouvi-la e fazer grupos educativos.

Os grupos são os únicos momentos de troca, de mudança de valores, de concepções. Nem sempre é a gente que fala com as pessoas, mas são elas mesmas que conversam entre si e se transformam. Por isso, o estímulo a grupos.

A participação da comunidade ainda é muito pouca. A consulta é que é importante.

Também há dificuldade de entender o QUALIS, e os papéis e cada um. A população acha que o papel é fazer por eles.

### Solução: persistência em informar

- Pensou-se em fazer grupos na comunidade?

Já experimentamos em algumas ocasiões e deu muito certo. Mas paramos.

## EQUIPE 3

### O que chamou atenção?

Da mudança deles, muita gente não respondeu. As agentes acham que eles não responderam porque estava difícil ou não quiseram. Muitos não mudaram. Os que mudaram, teve pouco envolvimento da família.

Eles associam muita dificuldade com fator dinheiro e não orientação.

Comparamos o nosso dado com o geral e não ficamos muito felizes porque não estamos fazendo muito o papel transformacional. Estamos muito mais transacionais.

Atividade educativa está faltando, mas não pode ser em forma de palestra.

Estamos calcados em consulta e não vemos espaço para fazer a parte educativa, que temos certeza que é importante.

## EQUIPE 4

Demorou porque quisemos analisar as respostas.

Sob o ponto de vista transacional, estamos equilibrados.

ACS – transformacional.

AUX ENF – transformacional.

MED – transformacional.

Porque eles não se cuidam? Alguns falam que não tem informação ou têm vergonha de perguntar. Precisamos superar isto. Preocupante é ter alguém falando que falta orientação, apesar de trabalhar fora de casa.

Algumas pessoas também reclamaram de falta de espaço de caminhada e isto é mentira. A atividade existe mas as pessoas desconhecem.



#### Positivo:

Deixou de tomar remédio.

Outro paciente refere que hoje cuida mais da saúde.

Esclarecer a população sobre a importância do auto-cuidado.

Reuniões com a comunidade para captar suas necessidades.

Melhorar ações de equipe para melhor esclarecimento das patologias e seus riscos com objetivo de conscientização e estímulo para auto-cuidado.

Nos grupos, temos que estimular que a população fale mais.

- Enquanto não estamos convencidos da importância da caminhada consegue menos adesão. Se não valorizamos, como podemos passar o valor para a comunidade? A equipe tem que conscientizar da importância.

Eu mesma já pensei em participar da caminhada, mas não tenho tempo. Eu delego para o agente de saúde.

- Temos que refletir. Há falhas na nossa caminhada e temos que repensar sobre como resgatá-la.

- Pensar em toda a equipe, uma vez por mês, participar da comunidade.

- Cada um tem que fazer o que gosta. Não pode ser uma coisa forçada. É legal que as pessoas, os funcionários, tenham vontade de ir caminhar.

- Temos que ser realistas. Todos somos generalistas e nem sempre gostamos de fazer tudo. Mas a caminhada também é uma ação de saúde. Portanto, tem grande valor. Por que nós mesmos não gostamos da caminhada? Podemos começar pelas pessoas que têm mais vontade, mas precisamos chegar num ponto de incorporar toda a equipe.

É um desafio para todos e não ser que incorporamos isto na agenda.

- É difícil a saída do médico.

Temos que conversar e convencer, mas não forçar.

- O médico pode não acompanhar, mas pelo menos ir ver quem está participando da caminhada e cumprimentar estas pessoas.

Encaramos como um desafio.

- Não podemos deixar de pensar na caminhada como ação de saúde.

#### EQUIPE 5

##### O que chamou atenção?

A diferença de dados entre o trabalho e a realidade depois da implantação do grupo consulta. Isto já fez com que várias coisas mudassem. Os inquéritos individuais feitos depois da implantação dos grupos consulta sobre este tema, são sempre positivas. A aprovação é grande.

Temos maior adesão.

##### Pontos fortes: grupo consulta

Pontos fracos: descoberta de outros pacientes porque o número de consultas é insuficiente. Os grupos referidos são automaticamente reagendados para o próximo grupo e têm a consulta garantida com uma certa periodicidade. Com isso, a agenda fica insuficiente para os demais. Fica a desejar o atendimento a grupos não referidos.

##### Que resultados queremos melhorar?

Maior cobertura para pacientes referidos e não referidos.

Maior conscientização para os aspectos preventivos da saúde.

Achamos interessante amarrar o programa educativo ao curativo. Só tem a parte curativa se participa da parte preventiva. Ficam condicionados porque conduzimos estas pessoas, sutilmente, para participar.

##### Propostas:

Reforçar a conscientização nos grupos.

Melhorar o sistema de referência e contra-referência. Esta proposta tem que ser trabalhada por todos: equipes, gerentes, unidades,... Tem que ampliar o número de ambulatórios, a ampliação do serviço.

##### Dificuldades:



Vencer a visão da população de que a consulta é só com o médico na sala dele, e não em grupos. O paciente acha que médico bom é aquele que não conversa e passa remédio porque é o remédio que cura.

Temos que persistir na educação da população.

Como podemos resolver?

Dialogando e orientando a população.

Buscando material educativo / informativo junto ao Núcleo, ou recursos audio-visuais.

Percebemos uma ação mais transacional da equipe. Mas não analisamos muito a fundo esta questão.

A auxiliar de enfermagem não é exclusiva da equipe. Portanto, tem menos respostas.

## DOCUMENTO SÍNTESE – OFICINA ILZA – 20.12.01

### GRUPO 1: O que eu espero enquanto pessoa?

- 1º lugar (unânime): ser feliz !!! (baseado no amor!)
- Respeito (baseado na troca: respeitar e ser respeitado)
- Compreensão (em todos os lugares, inclusive no trabalho, porque passamos grande parte do nosso tempo trabalhando)
- Amar e ser amado (pessoal e profissionalmente)
- Calar para ouvir e falar (momentos e situações)
- Se fizermos tudo isto, podemos atingir um crescimento interior.

### GRUPO 2: O que eu espero de mim enquanto profissional?

- Maturidade para encarar a competitividade como crescimento profissional e não, crítica pessoal. O objetivo comum é fazer com que todos melhorem para que o grupo atinja os resultados esperados.
- Respeito / Carinho / Educação – permite uma convivência prazerosa. Isto é muito importante porque passamos muito tempo junto. Precisamos ver que isto não é só necessário entre nós mas também da gente para com a população.
- Companheirismo – entre todos os funcionários da Unidade, independentemente de sua função
- Abolir os preconceitos e julgamentos
- Melhora da comunicação: uma só informação para todos (uniformizar as informações) e diminuir a comunicação informal (telefone sem fio) para evitar distorções.

### GRUPO 3: O que eu espero da minha atuação com a comunidade?

- Reconhecimento do nosso trabalho, que tenha resultado positivo com benefícios para comunidade
- Esperamos conquistar a confiança da comunidade para que possamos passar informações e que sejam bem aceitas e aproveitadas para o seu bem estar
- Se não gostarem do nosso trabalho, é mais difícil de trabalhar
- Com isso, diminuiremos riscos de: nascimento prematuro, hipertensão, diabetes, etc.

### GRUPO 4: O que eu acho que a comunidade espera de mim?

- Respeito, tanto em casa como na Unidade (sentimento recíproco)
- Humanismo: afeto, carinho
- Escuta com vontade de responder, uma escuta de alma (não aquela que “entra por um ouvido e sai pelo outro”) – precisa ser treinado
- Em resumo, acolhimento em todos os níveis
- Dignidade – eles cobram muito da gente e não temos resposta para dar.
- Os outros níveis de referência e contra-referência também devem proporcionar dignidade da população
- Eficiência / resolutividade – querem que a gente resolva todos os seus problemas
- A resolutividade é o que eles esperam, mas não é sempre da maneira que eles querem que respondemos. A cumplicidade tem que existir entre a Unidade e a população, mesmo nas dificuldades.
- Comprometimento – tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas: eles esperam comprometimento e compreensão. A população não tem a consciência de toda a proposta e é nosso dever fazer com que elas compreendam.
- Responsabilidade
- Integração
- Disponibilidade total para acolher, como se fôssemos pai ou mãe, mas não temos o tempo necessário e nem essa função.
- Referência de confirmação – eles esperam que disponibilizemos as referências
- Sigilo profissional – ética

- Parceria vantajosa – caráter individual e não, coletivo. A parceria que eles querem é o que queremos: trilhar o caminho do progresso, do desenvolvimento.

#### GRUPO 5: O que significa, para mim, a palavra “motivação”?

- Não dá para falar de motivação, sem falar de desmotivação.
- A motivação se resume em uma palavra: o tesão. O que dá força são as diretrizes que já foram colocadas: reconhecimento, respeito, aprimoramento,... Isso cai no acreditar em você e acreditar no que se faz / no seu trabalho.
- Compartilhar do desejo dos seus colegas de equipe em cuidar da população. Há discordâncias em todo trabalho, mas precisamos passar estes obstáculos. É mais fácil regredir do que progredir. Então, cuidar.
- Desmotivação – indiferença.
- Precisamos trabalhar a vontade coletiva.
- Melhora de comunicação.
- Resumindo: não acolhimento é a origem de tudo. Precisamos acolher os profissionais para poder reproduzir na comunidade.
- O brilho individual não pode ser ofuscado.

#### GRUPO 6: O que é, para mim, “qualidade de vida”?

Para todos:

- Moradia digna
- Amizades
- Dinheiro / salário digno
- Família
- Lazer
- Saúde
- Educação
- Alimentação saudável
- Paciência
- Compreensão
- Amor
- Sexo (saudável)
- Alegrias
- União
- Esportes
- Informação
- Acesso à saúde
- Diversão
- Dormir bem
- Higiene
- Quando precisamos, muitas vezes não temos acolhimento.

PAZ, AMOR, SAÚDE, AMIGOS, UNIÃO, FELIZ NATAL E UM PRÓSPERO ANO NOVO –  
SÃO OS VOTOS DO GRUPO!

#### TRABALHO DE ANÁLISE DAS EQUIPES

##### EQUIPE 1

Equipe equilibra transacional e transformacional. Isto já é uma conquista. Só vemos isto no PSF. Se somos transformacionais, somos elementos ativos do processo. O que isso acarreta? Transformações intermediárias. Não é superficial. Ele não começa a fazer sem saber o que está fazendo. Ouvimos porque é inerente do acolhimento. Porém, não resolvemos a raiz do problema.

Os pacientes começam a se conscientizar mais sobre sua doença e isso não é obrigado. Isso já é um fator transformador.

Ainda existe uma cultura grande sobre o remédio e a consulta. Temos que mudar. Mostrar que existe outros elementos importantes.

Propostas:

Temos que fazer grupos sugeridos pela comunidade.

Melhorar a via de comunicação, que é de mão dupla e envolve vários níveis. Gerente – equipes – comunidade.

Também as informações sobre o funcionamento do QUALIS tem que ser uniformizadas. Ex: medicamentos fornecidos pela US V. Espanhola.

Melhorar participação da Unidade em decisões administrativas, como a escolha dos temas de capacitação.

A comunidade tem que ser envolvida nas reuniões porque embora exista a iniciativa da US, a população não participa das atividades.

EQUIPE 2

Somos mais transformadores.

Ponto forte: escuta

Ponto fraco: baixa resolutividade.

Se a nossa escuta é boa porque não podemos resolver. Uma parte do problema é a passividade do usuário. Outra coisa é a nossa dificuldade da US para a intersectorialidade, e o sistema de referência e contra-referência

Melhorar: focar nos pontos fracos

Proposta:

Investir e aprimorar grupos

Incentivar novos grupos

Estes grupos devem estimular o paciente a cuidar de seu próprio processo de saúde.

Cobramos o problema da referência e contra-referência.

Fazer valer as diretrizes do SUS.

Deve haver uma coalizão de todo o sistema de saúde.

EQUIPE 3

Satisfação de trabalhar com a saúde bucal nas equipes – grande marco.

Semana rica. O dia de hoje reforçou todas as discussões da semana.

Viés: F e F – pessoas preventivamente estão se cuidando por ter pessoas na casa com a doença.

	ACS	AUX. ENF.	ENF.	MED.
NEG.	6	5	7	3
ZERO	3	3	2	5
POS.	14	3	7	8

O auxiliar de enfermagem e o enfermeiro não foi tão identificado como o ACS ou o médico. Isto pode acontecer por não sair para atender e não estar exclusivo para a equipe.

Queremos que haja melhor identificação do auxiliar de enfermagem e enfermeiro no próximo ano.

Precisamos de inserir mais as pessoas nos grupos porque o treino do ouvir identifica uma postura mais transformacional – mudança de comportamento.

Usar o reforço positivo.

Ouvir mais o paciente, e ouvir com qualidade.

#### EQUIPE 4

##### O que chamou atenção?

Maioria eram idosos e não tinham primário completo. Além disso, tinham dificuldade de responder.

Pontos fortes: vínculo com o ACS é bastante forte.

Pontos fracos: não conseguimos transformar. O transacional foi importante para poder permitir a transformação.

Temos que ter mais disponibilidade de sair e trabalhar no campo. A produção não pode ser por equipe. Todas as equipes têm que trabalhar para um só propósito – o da Unidade. Temos que fazer a região melhorar como um todo.

Eles falam só pela sua equipe, mas um dia eles precisam falar da Unidade como um todo.

A gente precisa primeiro transformar nosso modo de pensar para depois poder transformar.

Todos têm que estar abertos para as mudanças discutidas nesta semana.

#### EQUIPE 5

Parabenizou saúde bucal pela participação na equipe e nas outras atividades da equipe.

No geral, todos já disseram o que é de consenso. Acontece em todas as equipes. Os auxiliar de enfermagem e os enfermeiro são menos reconhecidos.

Os ACS recebem os parabéns porque são células mãe do Programa e foi mostrado novamente que eles são os transformadores. Já foi uma mudança grande.

“Ninguém vive sozinho” – baseado no grupo de diabetes.

Eles se sentem isolados da própria família.

“Orientações são dadas por todos os profissionais. Cabe aos pacientes segui-las”. Fizemos muito mas precisamos fazer muito mais.

Se a gente não trazer as famílias para os nossos grupos vamos continuar derrapando.

## **DOCUMENTO SÍNTESE – OFICINA PENTEADO – 21.12.01**

### **GRUPO 1: O que eu espero enquanto pessoa?**

- Valorização pessoal – não só a sua , mas também a valorização da pessoa que está do outro lado
- Respeito mútuo
- Integração
- Liberdade de expressar idéias
- Realização pessoal
- Oportunidades iguais para todos
- Igualdade
- Humildade

### **GRUPO 2: O que eu espero de mim enquanto profissional?**

Trabalhar com qualidade e satisfação. Para isto, precisamos:

- Capacitação com titulação
- Conscientizar população e funcionários
- Segurança: assaltos, vandalismo, violência, tiroteio
- Convênio médico – sistema de referência
- Salário justo – o trabalho tem que ser valorizado
- Reconhecimento – dos funcionários e dos pacientes
- Compreensão: com o colega, com o paciente
- Respeito
- Valorização
- Conquistas
- Realização dos sonhos

### **GRUPO 3: O que eu espero da minha atuação com a comunidade?**

- Conscientização: direitos e deveres, com valorização das pessoas
- Respeito e reconhecimento : a gente dá e traz de volta – se reconhecermos, eles reconhecerão, se respeitarmos, também respeitarão.
- Suprir as necessidades – não é só a doença. Muitas vezes, a pessoa só quer uma palavra amiga.
- Conscientização e estímulo ao auto-cuidado
- Estímulo à prevenção. A família tem que se cuidar entre si.
- Ansiedade esteja à altura da minha real atuação.
- Melhores condições para a atuação – ter material de trabalho: dextro, esfigmo, etc.

### **GRUPO 4: O que eu acho que a comunidade espera de mim?**

- Carinho, afeto, segurança
- Apoio
- Sejam acolhidos por nós
- Tenham resolutividade, não só na doença
- Ombro amigo. Às vezes, ele precisa chorar.
- Confiar em você
- Solidariedade
- Resgatar a esperança na vida (auto-estima)
- Pior coisa (sentir solidão na multidão)

### **GRUPO 5: O que significa, para mim, a palavra “motivação”?**

- Vontade de cumprir os nossos desejos:
- Sair de casa todo dia e fazer coisas concretas
- Procura de grandes objetivos
- Vontade de modificar

- Temos muita motivação quando dá tudo certo, mas também temos que tê-la quando está dando errado
- Ocorre também quando está todo mundo buscando o mesmo objetivo (fazer crescer)
- Se faz com prazer
- Além do interno, precisamos do estímulo externo.(interno primeiro)

#### GRUPO 6: O que é, para mim, “qualidade de vida”?

- Estar bem comigo mesmo. Estando bem posso ajudar todo mundo, posso dar palavra amiga.
- É um contexto amplo e envolve: harmonia no lar
- Está ligado à troca de informações, alimentação saudável, lazer, educação
- A qualidade de vida não é só ligada a dinheiro
- Mudança de hábito X Qualidade de vida: estão relacionados. Fica para refletir posteriormente.

### TRABALHO DE ANÁLISE DAS EQUIPES

#### EQUIPE 1

Optamos por explicar um pouco da nossa vivência.

##### Pontos fortes:

União, setorialidade, integralidade, humanização, disponibilidade, respeitabilidade e motivação.

##### Ponto fraco:

Gostaríamos de abranger câncer de colo uterino, verminose, etc.

Nosso programa de prevenção tem que ser mais explorado. Temos uma experiência rica nos dois últimos anos, tanto no câncer de colo uterino como na verminose.

A nossa intenção é aumentar a cobertura das propostas preventivas.

Temos apoio e incentivo dentro da nossa própria equipe, membros de outros setores, da diretoria, da coordenação, da fundação.

Integralidade e intersetorialidade – exemplos: Roseli que acompanhou paciente; convites a outros eventos e encontros.

#### EQUIPE 2

##### O que nos chamou atenção?

Foi uma avaliação boa.

Têm convênio e continuam usando.

As meninas que estavam no início, relataram que antes as pessoas davam muito mais atenção a curandeiros do que hoje.

##### Pontos fortes:

A população acha que os ACS e os auxiliares se preocupam com ela.

Na maioria das pessoas, mudaram.

A maioria freqüentam o posto e seguem as orientações.

##### Pontos fracos:

As pessoas que ainda não conseguem atingir.

Não conseguem mobilizar para a atividade física.

##### O que queremos melhorar?

Colocar na cabeça das pessoas que a responsabilidade sobre sua saúde é delas.

Vamos fazer atividades na comunidade.

Visitas sociais.

##### Dificuldades:

Sensibilizar é difícil

Grande número de famílias cadastradas

##### Como?

Sensibilizar no boca a boca.

O único que não tem atitude transformacional é o médico mesmo. Todos os outros têm transformacional.

Colocar uma Sexta equipe para que possamos trabalhar melhor.

### EQUIPE 3

#### O que chamou atenção?

Passaram a ter um convívio maior com pessoas do posto e melhor controle da doença.

Ponto forte: transformação (avaliação da equipe como um todo)

Ponto fraco: não mudança. Não mudou ou mudou só o paciente.

Melhorias: atuar na não mudança.

#### Propostas:

Saber o que a população prioriza

Conscientizar a população

#### Dificuldades:

Não adere por causa de dinheiro, por preguiça ou descaso.

#### Como resolver?

Ter dados concretos.

### EQUIPE 4

Notamos a uniformidade entre as apresentações das equipes. A ACS tem um componente transformacional maior. O médico é mais “ecletico” e sem querer fica mais distante, por mais que seja flexível.

Esta pesquisa é importante para o planejamento. Temos que nos juntar para levar benefícios concretos para a comunidade.

Trabalho de pesquisa é importante.

Não tenho que só ficar chateado, tenho que tentar superar. Apontar as falhas é importante. O planejamento pode contemplar uma série de coisas.

### EQUIPE 5

A transformação. É dado basicamente pelo agente. Mas toda a equipe deve provocar transformação.

#### O que chamou atenção?

Grande número de respostas em branco.

Pontos fortes: determinação; procura alcançar objetivos. Neste meio tempo, eles aprenderam com a gente e a gente aprendeu com eles.

Se não tivermos qualidade de vida, não dá para batalhar isto na comunidade.

Conseguimos consenso no grupo. Procuramos nos unir para fazer o bem para a comunidade.

Ponto fraco: aleitamento materno – o paciente sempre entra com a mamadeira, mesmo com todo o esforço da equipe.

#### Resultados para melhorar:

Mais adesões aos grupos em geral.

#### Sugestão para 2002:

– passar estratégia utilizada para alcançar a comunidade.

O objetivo conjunto deve ser incentivado.

Se tem experiência positiva dada por alguma equipe, esta tem que passar para as outras.

- Por que isto acontece? Falta de integração.

- Fizemos o exercício, mas o planejamento é da equipe. Precisamos fechar planejamento e sistematizar material.

- Estamos abertos para que as outras equipes conheçam a experiência.

Precisamos promover a troca de experiências.

Realizar visitas com toda a família, não se restringir ao doente acamado.

Dificuldades: tempo, número de famílias elevado, falta de materiais educativos.

#### Como solucionar?

Planejamento e verbas.



# FUNDAÇÃO E.J.ZERBINI

## PROJETO QUALIS/PSF

PROJETO QUALIDADE INTEGRAL À SAÚDE/PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
SUBDISTRITOS DE VILA NOVA CACHOEIRINHA, PARQUE SÃO LUCAS E SAPOPEMBA

São Paulo, SP  
outubro, 1997

## RESUMO EXECUTIVO

### TÍTULO

### **PROJETO QUALIS/PSF**

**PROJETO QUALIDADE INTEGRAL À SAÚDE/PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### LOCALIZAÇÃO

**SUBDISTRITOS DE VILA NOVA CACHOEIRINHA, PARQUE SÃO LUCAS E SAPOPEMBA**

### PROPOSTA

**Cobertura plena de uma população de cerca de 240 mil pessoas, com 60 equipes de saúde da família, dois ambulatorios de especialidades e retaguarda hospitalar.**

**Cobertura de população circunvizinha de cerca de 260 mil pessoas, apenas com retaguarda ambulatorial especializada e internação hospitalar.**

**Criação de aproximadamente 580 empregos diretos, incluindo 90 médicos.**

### METAS

**PRIMEIRA ETAPA: ATÉ DEZEMBRO DE 1997**

- **DOIS AMBULATORIOS DE ESPECIALIDADES<sup>1</sup>**
- **TREZE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**
- **PRODUÇÃO ANUAL**

**100 mil consultas médicas**

**24 mil consultas odontológicas**

**50 mil pessoas residentes nas duas áreas e assistidas**

---

<sup>1</sup> cardiologia, pneumologia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, ginecologia, neurologia, psiquiatria, clinica médica, urologia e ortopedia.

## ÍNDICE

- I INTRODUÇÃO
- II OBJETIVO GERAL
- III OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- IV LOCALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DAS ÁREAS
- V COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS PSF's
- VI ATIVIDADES DA EQUIPE
- VII CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO
- VIII ESTIMATIVA DE DESPESAS

### ANEXO I DISTRITO DE VILA NOVA CACHOEIRINHA

Característica da área

Proposta para a área

Cálculo para previsão de equipes do PSF

### ANEXO II PARQUE SÃO LUCAS E SAPOPEMBA

Característica da área e das unidades do estado

SAPOPEMBA

Característica da área

Projeto de implantação do PSF e ambulatório de especialidade nos Distritos do Parque São Lucas e Sapopemba

Primeira etapa - novembro e dezembro de 1997

### ANEXO III ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

Agente Administrativo

Agente Comunitário de Saúde

Atendente de consultório dentário

Auxiliar de enfermagem

Coordenação da região

Dentista

Diretor da Unidade

Enfermeira

Médico de família

Médico Especialista

**ANEXO IV      LISTA DE EQUIPAMENTOS , MATERIAIS E MEDICAMENTOS**

Material permanente

Consultório de Oftalmologia - I

Consultório de Ortopedia - I e Sala de gesso - I

Consultório de Otorrinolaringologia

Módulos Odontológicos

Materiais de Enfermagem

Lista de medicamentos

**ANEXO V      QUADRO DE PESSOAL - 1ª ETAPA**

Custeio

Critérios para recrutamento e seleção de pessoal

## I INTRODUÇÃO

São Paulo, maior cidade do país e capital do mais pujante estado da Federação, dá apenas os primeiros passos para adequar seu sistema de saúde aos ditames da Constituição de 1988, das leis federais 8080/90 e 8142/90, da Constituição estadual e de sua própria Lei Orgânica Municipal.

Uma grande parcela de paulistanos continua a sofrer a angústia da incerteza de encontrar alívio para seus males. Doenças preveníveis, como o sarampo, têm o epicentro de sua expansão na cidade.

São Paulo não está habilitada administrativa e juridicamente em nenhuma das modalidades de gestão da NOB-93. Mais grave: convivem uma rede estadual e outra municipal inspiradas em modelos assistenciais distintos e desarticulados entre si. As conseqüências são a busca desordenada dos pacientes pelos serviços oferecidos pelas redes públicas, com muito freqüente duplicação de consultas e exames complementares, desperdício importante de recursos e má qualidade da assistência oferecida.

O modelo assistencial baseado na estratégia de saúde da família, que tão bons resultados vem apresentando em diversas regiões do país, funciona em São Paulo há pouco mais de um ano, cobrindo apenas 1% da população da cidade. Trata-se do projeto "Qualidade Integral à Saúde" (QUALIS), fruto de convênio envolvendo a Secretaria de Estado da Saúde, o Ministério da Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina. O projeto QUALIS apresenta resultados extremamente positivos, ao lado de problemas que não devem ser reproduzidos quando da expansão do modelo para outras áreas da Capital. Entre esses problemas, avultam a descontinuidade da área abrangida e as insuficiências detectadas no funcionamento da retaguarda especializada, que afeta os mecanismos de referência e contra-referência e a plena eficácia do modelo.

Foi à base desses resultados e do conhecimento desses problemas que surgiu a proposta de expandir aquele projeto, agora denominado PROJETO QUALIS/PSF, para os subdistritos de Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba. Nessas localidades existem unidades de saúde recentemente reformadas (Vila Espanhola) ou contruídas (Antônio Marques - Parque São Lucas), ao lado de outras oito em funcionamento precário. Nas unidades, hoje desativadas, de Vila Espanhola e Antônio Marques serão instalados ambulatorios de especialidades. O enlace com os hospitais mais próximos assegurará a retaguarda para aqueles casos que requererem internação. Também os exames complementares – tanto laboratoriais como de imagens – serão assegurados.

A proposta deste novo projeto é cobrir uma população de cerca de 240 mil pessoas, com 60 equipes de saúde da família, aqueles dois ambulatorios de especialidades e a já citada retaguarda hospitalar. Aproximadamente o mesmo número de habitantes das redondezas serão beneficiados pelos serviços ambulatoriais, referenciados por outras unidades da rede pública de saúde.

Na primeira das quatro etapas de implantação, que deve estar concluída em dezembro de 1997, estarão em funcionamento os dois ambulatórios de especialidades, capazes de realizar 100 mil consultas médicas e 24 mil consultas odontológicas/ano e 13 equipes de saúde da família, que assegurarão ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, terapia e reabilitação a mais de 50 mil pessoas residentes nas duas áreas

A dimensão dessa primeira etapa pode ser melhor avaliada lembrando que 70% dos municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes.

Acredita-se que o projeto contribua para o propósito da Secretaria de Estado da Saúde de melhorar a qualidade de vida da população, aproveitando plenamente a capacidade instalada das unidades estaduais.

## **II OBJETIVO GERAL**

Reorganizar o modelo assistencial, baseado na promoção, proteção diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **III OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida.
2. Promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população num enfoque comunitário.
3. Prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta.
4. Fornecer atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nas áreas básicas de saúde à população adstrita, seja no nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.
5. Atender a população adstrita, preferencialmente através de agendamento, obedecendo as normas dos programas de saúde existentes, preservando, entretanto, a possibilidade de atendimento eventuais e domiciliares.
6. Buscar a humanização do atendimento e, através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário.
7. Racionalizar o acesso e o fluxo do sistema de saúde (do nível de atenção primária até os de maior complexidade).
8. Estimular a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento no sistema de saúde.

9. Garantir aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamentos para aprimoramento.
10. Divulgar, fundamentalmente, junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes de doenças
11. Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

#### **IV LOCALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DAS ÁREAS**

- Distrito de Vila Nova Cachoeirinha (Anexo 1)
- Parque São Lucas e Sapopemba (Anexo 2)

#### **V COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS PSF**

Cada equipe será formada por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, escriturário e auxiliares de serviço, conforme dimensionadas na tabela anexa.

#### **VI ATIVIDADES DA EQUIPE DO PSF**

- Diagnóstico de saúde da comunidade
- Atendimento multi-profissional da comunidade
- Visita domiciliar
- Assistência domiciliar
- Assistência em grupos comunitários
- Imunização
- Atividades de saúde coletiva
- Educação continuada
- Atividades administrativas

## VII CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

ATIVIDADES\MESES	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	*
Elaboração do projeto preliminar básico																		
Reuniões com CSRMGSP e DIR I																		
Reuniões com DIR I Núcleos IV e V																		
Elaboração do projeto final básico																		
Assinatura do Primeiro Termo Aditivo																		
Seleção de profissionais para ambulatorios																		
Seleção de profissionais para o PSF																		
Articulação das referências PSF																		
Compra de equipamentos para os Ambulatórios																		
Início de funcionamento dos Ambulatórios																		
Implantação do SIGAB/SIAB																		
Início da 1ª. Etapa do PSF																		1
Início da 2ª. Etapa do PSF																		2
Início da 3ª. Etapa do PSF																		3
Término da implantação do PSF																		4
Treinamento inicial de pessoal do PSF																		5
Educação continuada do PSF																		

(\* 1) 13 equipes (\* 2) 14 equipes (\* 3) 18 equipes (\* 4) 15 equipes (\* 5) no ritmo de contratação de pessoal

## VIII ESTIMATIVA DE DESPESAS

O projeto está dividido em quatro etapas: planejamento, implantação inicial (até 31/12/ 1997), implantação plena e consolidação. A estimativa a seguir apresentada refere-se às duas primeiras etapas.

CUSTEIO	INVESTIMENTO	TOTAL
1.290. 655,00	709 .345,00	2. 000. 000,00



## ANEXO I

### DISTRITO DE VILA NOVA CACHOEIRINHA

#### Característica da área

Distrito Administrativo da Vila Nova Cachoeirinha compreende uma área de 13,3 km<sup>2</sup> com uma população de 130.426 habitantes, sendo 14.944 menores de 5 anos, 82.536 entre 15-64 anos e 4.551 maiores de 65 anos.

Trata-se de uma região de baixo nível sócio-econômico, com poucos serviços de saúde e difícil para fixação de profissionais.

No distrito, há três unidades básicas de saúde estaduais (Vila Espanhola, Ilza W. Hutzler e Jardim Peri), um ambulatório do PAS e dois hospitais (Maternidade Municipal da Vila Nova Cachoeirinha e Hospital Estadual da Vila Nova Cachoeirinha).

#### Proposta para a área

Instalação de um ambulatório de Especialidades na unidade Vila Espanhola que servirá como referência para as unidades do Distrito da Vila Nova Cachoeirinha, assim como para as seguintes unidades pertencentes ao Núcleo IV da Direção Regional I: Sítio do Mandaqui, Adelaide Lopes, Vila Palmeiras, Casa Verde Alta, Vila Santa Maria, Augusto J. A Galvão e Vila Ramos.

O atendimento básico da população residente na área de abrangência da unidade da Vila Espanhola deverá ser realizada pelas equipes do programa de saúde da família (PSF), sediadas na própria unidade (duas equipes) e em imóveis a serem alugados no local.

Está prevista a implantação de 30 equipes do programa de saúde da família na região do Núcleo IV. Até o final de 1997 deverão estar em funcionamento cinco equipes: duas na unidade Vila Espanhola e três na unidade Ilza W. Hutzler. A unidade do Jardim Peri deverá ser avaliada detalhadamente, uma vez que está instalada em um prédio de dois pavimentos, possui aparelho de R-X, eletrocardiógrafo, etc. e localiza-se em área densamente habitada, com altos índices de violência, carente de serviços de saúde e distante dos serviços de referência existentes. Provavelmente funcionará como unidade do programa de saúde da família e com algumas especialidades médicas.

A instalação das 25 equipes restantes acontecerá no ano de 1998, condicionando-se a seu direcionamento ao maior conhecimento da realidade local. Contudo, como a efetividade do programa está subordinada a estratégia de adscrição de um contingente populacional, já apontamos que a distância entre as unidades do Núcleo IV prejudicará esta efetividade se não houver a possibilidade de locação de imóveis para sediar as equipes propostas.

### **Cálculo para previsão de equipes do PSF**

Cada equipe será composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Cada equipe se responsabilizará por 800 famílias, com composição estimada de cinco pessoas, o que significará a responsabilidade pela saúde quatro mil pessoas.

Com relação aos servidores estaduais presentes nas unidades, consideramos que estes poderão ser incorporados às equipes do programa e deverá ser-lhes assegurado uma complementação salarial a título de isonomia. Para tal, todos deverão ser entrevistados para avaliação de sua adequação ao perfil profissional do PSF. Em anexo, quadro de pessoal existente nas unidades inicialmente definidas, Jardim Peri e Ilza W. Husler.

## ANEXO II

### PARQUE SÃO LUCA E SAPOPEMBA

#### Característica da área e das unidades do estado

A população do Distrito de Parque São Lucas é de 148.528 habitantes, distribuídos em uma área de 9,9 km<sup>2</sup>. O número de domicílios é de 41.211 e a média de moradores por domicílio é de 3,68. A renda média da população é de US\$446,95 ou 4,55 salários mínimos, conforme dados fornecidos pelo Núcleo 5 - DIR I.

As Unidades de Saúde do Estado neste Distrito são o CSII Vila Reunidas e o P.A. Iguaçu. Além disso, está pronta para funcionamento as instalações do CS Antônio Marques.

### SAPOPEMBA

#### Característica da área

A população do Distrito de Sapopemba é de 290.639 habitantes, distribuídos numa área de 13,5 km<sup>2</sup>. O número de domicílios é de 63.186 e a média de moradores por domicílio é de 4,06. A renda média da população da área é de US\$333,15 ou 3,39 salários mínimos, sinalizando ser esta população de nível sócio-econômico mais baixo que a do Parque São Lucas.

#### Projeto de implantação do PSF e ambulatório de especialidades nos Distritos do Parque São Lucas e Sapopemba

A proposta de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Distrito de Parque São Lucas se dará de forma concomitante à instalação do Ambulatório de Especialidades no C.S. Antônio Marques, que contará também com equipes de saúde da família.

Além disso, serão instaladas equipes nas duas unidades já em funcionamento nesse Distrito: CS II Vila Reunidas e o P.A. Iguaçu. Na primeira unidade, deverá ocorrer o término da construção do prédio próprio. No segundo, haverá necessidade de uma reforma.

A proposta inicial de cobertura do PSF no Parque São Lucas é de 30% do Distrito, o que corresponde a 12 equipes do PSF.

Será adotada como prioridade, em termos de maior cobertura, o Distrito de Sapopemba, com uma população mais numerosa, com um grande número de núcleos de favelas e poucos serviços de saúde. Para cobrir 100% da população com o PSF seriam necessárias aproximadamente 73 equipes. Propõe-se inicialmente uma cobertura de 50% da população (37 equipes do PSF), a ser ampliada nos anos subsequentes.

Inicialmente, as equipes de Saúde da Família seriam instaladas nas três unidades do Estado e no Posto da Pastoral, sendo que no caso do CS II Jardim Sinhá será necessário o término da construção e nos outros dois, pequenas reformas, num total de 10 equipes.

### Primeira etapa - outubro a dezembro de 1997

Para iniciar a implantação do Programa de Saúde da Família na região foi adotado o critério das unidades próprias do Estado e em melhores condições físicas, o CS II Antônio Marques, o P.A. Iguaçu e o CS II Vila Renato, num total de oito equipes.

CS II Antônio Marques comportará um Ambulatório de Especialidades, que funcionará como referência para os dois Distritos, com as seguintes especialidades: cardiologia, pneumologia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, ginecologia, neurologia, psiquiatria, clínica médica, urologia e ortopedia. Serão também a sede das primeiras equipes de saúde da família, em número de três, e da coordenação do programa da região. Para tanto, deverão ser adquiridos todos os equipamentos, mobiliários e materiais, além da seleção e contratação de todo o pessoal.

P.A. Iguaçu deverá passar por uma reforma antes da implantação do Programa Saúde da Família. Atualmente conta com um clínico, um auxiliar de enfermagem e um oficial administrativo. Deverão ser compostas duas equipes para a unidade.

CS II Vila Renato precisará de reforma antes que se possa implantar o novo programa. Nele serão colocadas três equipes do PSF. Atualmente conta com dois pediatras, um enfermeiro, um psicólogo e um dentista, dois ACDs, quatro auxiliares de enfermagem, seis atendentes e oito oficiais administrativos.

Propõe-se que seja facultado aos servidores das unidades, a opção de se incorporar as equipes do programa, e que para tanto seja assegurada uma complementação salarial a título de isonomia. Todos deverão ser entrevistados para avaliação de sua adequação ao perfil profissional do PSF.

A partir da transformação dos serviços já existentes em Unidades QUALIS/PSF serão avaliadas novas áreas nos Distritos onde serão implantadas mais equipes do programa, complementando as 12 previstas (30% de cobertura) para o Parque São Lucas e as 37 (50% de cobertura) do Sapopemba. A continuidade desse programa na região deverá assegurar uma cobertura de 100% da população no Distrito de Sapopemba, assegurando também o acesso às especialidades e a internação hospitalar.

**ANEXO III****ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA****PROPOSTA PRELIMINAR**

Elaborado pelo grupo de coordenação do Qualis/PSF- Vila Nova Cachoeirinha e PQ São Lucas

**AGENTE ADMINISTRATIVO**

1. integrar a equipe de saúde da família, participando de reuniões e atividades programadas.
2. conhecer as ações desenvolvidas pela equipe para orientar clara e objetivamente os usuários.
3. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
4. agendar pacientes, selecionar prontuários para o atendimento, redigir e datilografar ofícios, cartas, memorandos e outros documentos administrativos sobre assuntos simples e com orientação superior; digitar relatórios e outros documentos.
5. encaminhar fichas e informações para os órgãos competentes.
6. controlar entrada e saída de materiais e medicamentos bem como zelar pela sua conservação.
7. receber, protocolar, arquivar e distribuir documentos, ofícios, processos e correspondências, dando baixas em fichas de controle.
8. registrar a frequência dos servidores, organizando o expediente respectivo.
9. desenvolver outras ações necessárias dentro dos limites de responsabilidade da sua função.

## AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF
2. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a proteção e a promoção da saúde da comunidade.
3. desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como: gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando a conquista da saúde.
4. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
5. identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças.
6. participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças.
7. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
8. cadastrar as famílias da sua área de abrangência e atualizar periodicamente os dados sobre nascimentos, óbitos e doenças.
9. registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade.
10. encaminhar doentes à unidade de saúde e realizar acompanhamento específico de acordo com a orientação da equipe de saúde.
11. realizar visitas domiciliares sistematicamente às famílias cadastradas.
12. notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
13. estimular ações de saneamento e melhoria do meio ambiente na sua área de atuação.
14. desenvolver ações básicas de saúde pertinentes à sua função tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, verificação das carteiras de vacinação, orientação de gestantes e nutrízes, uso de sais de reidratação oral.
15. atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade, como clube de mães, associações de bairros, etc.
16. não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde.
17. notificar imediatamente à equipe, mudanças de endereço de famílias da área.
18. executar toda e qualquer outra incluída no campo de ação de sua função.
19. notificar imediatamente à equipe, caso venha a transferir seu domicílio para outra área.

## ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF.
2. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a proteção e a promoção da saúde da comunidade.
3. desenvolver ações educativas em saúde bucal junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, incluindo atividades na comunidade.
4. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
5. participar da identificação de situações de maior risco para cárie e outras afecções em grupos de maior vulnerabilidade.
6. participar ativamente dos cursos de capacitação e reciclagem, visando o seu desenvolvimento profissional.
7. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
8. zelar pelo funcionamento e conservação dos instrumentais sobre sua guarda e utilização requisitando a sua manutenção à direção.
9. executar tarefas sob a orientação do dentista e da enfermeira da unidade, tais como:
  - - utilizar técnicas auxiliares em odontologia;
  - - controlar e preparar (higiene, limpeza, desinfecção e esterilização) os materiais, equipamentos e instrumentos odontológicos;
  - - manusear e dar um destino adequado a material estéril, limpo e contaminado.
10. desenvolver outras ações necessárias dentro dos limites de responsabilidade da sua função.

## AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF.
2. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a proteção e a promoção da saúde da comunidade.
3. desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como: gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando a conquista da saúde.
4. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
5. identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças.
6. participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças.
7. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
8. prestar assistência de enfermagem, ambulatorial e domiciliar, às famílias na sua área de abrangência de acordo com as normas estabelecidas na programação da equipe de saúde da família.
9. executar tarefas sob a orientação da enfermeira tais como: administrar e dispensar os medicamentos prescritos, fazer curativos, aplicar vacinas e inalação, controlar e registrar peso, estatura e sinais vitais, colher material para exame de laboratório, preparar e esterilizar materiais e instrumentais, ambientes e equipamentos.
10. notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
11. auxiliar na realização do cadastro das famílias na área de abrangência da sua equipe de saúde.
12. registrar corretamente as ações desenvolvidas e informações colhidas junto à clientela.
13. prestar assistência de enfermagem específica de cada programa de saúde.
14. atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade, como clube de mães, associações de bairros, etc.
15. não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde.
16. notificar imediatamente à equipe, mudanças de endereço de famílias da área.
17. realizar o cadastramento das famílias e o diagnóstico das condições de saúde da área de atuação.
18. executar toda e qualquer outra atividade incluída no campo de ação de sua função.



## COORDENAÇÃO DA REGIÃO (\*)

1. participar do recrutamento, seleção e capacitação das equipes.
2. planejar estratégias e executar ações, juntamente com as equipes de saúde da família, de esclarecimento e divulgação do PSF na comunidade, órgãos e instituições afins.
3. coordenar a implantação do PSF na região, propondo as ampliações necessárias.
4. estabelecer relações com outros órgãos e instituições visando desenvolver ações intersetoriais que levem à melhoria das condições de vida da comunidade.
5. avaliar os resultados das atividades do PSF na região, e seu impacto nas condições de saúde das famílias cobertas pelo programa, através de instrumentos criados com este objetivo.
6. promover a integração e a troca de informação entre as equipes do PSF da região.
7. estimular a participação popular organizada na gestão do programa e das unidades de saúde da família.
8. garantir a realização de atividades educativas junto à comunidade pelas equipes de saúde da família.
9. garantir o processo de capacitação e educação continuada dos membros das equipes de saúde da família.
10. estimular a participação da comunidade, juntamente com as equipes de saúde da família, para que a mesma amplie sua percepção dos problemas, visando a sua superação.
11. dimensionar e resolver as necessidades das unidades em termos, material de consumo, medicamentos, equipamentos, manutenção e reformas.
12. estabelecer intercâmbios entre as diversas experiências no programa de saúde da família.
13. participar de atualização em temas específicos ligados ao desempenho de sua função.
14. executar toda e qualquer outra atividade no campo de ação de sua função.

(\*) será composta por um médico e uma enfermeira

## DENTISTA

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF.
2. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a proteção e a promoção da saúde da comunidade.
3. desenvolver ações educativas em saúde bucal junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, incluindo atividades na comunidade.
4. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
5. identificar situações de maior risco para cárie e outras afecções, em grupos de maior vulnerabilidade, estabelecendo os respectivos planos de tratamento.
6. participar ativamente dos cursos de capacitação e reciclagem, visando o seu desenvolvimento profissional.
7. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
8. executar todos os procedimentos próprios da atenção odontológica, aos usuários do PSF.
9. conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica da área de atuação do PSF.
10. realizar treinamento em serviço, para os atendentes de consultório dentário da unidade.
11. colaborar no processo de educação continuada nas equipes do PSF, no âmbito específico da saúde bucal.
12. zelar pelo funcionamento e conservação dos instrumentais sobre sua guarda e utilização requisitando a sua manutenção à direção.
13. desenvolver outras ações necessárias dentro dos limites de responsabilidade da sua função.

## DIRETOR DA UNIDADE

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF.
2. coordenar as equipes de saúde da família da unidade para que as atividades de diagnóstico, planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações individuais e coletivas que visem a promoção e proteção da saúde da comunidade aconteçam.
3. gerenciar a unidade, participando no dia-a-dia das atividades, de forma a se comprometer com o desenvolvimento do trabalho das equipes na solução dos problemas.
4. propiciar condições para que as relações pessoais entre os membros da equipe se estabeleçam harmoniosamente.
5. incentivar junto com as equipes, a participação da população no planejamento, execução e avaliação do PSF, contribuindo para o controle social das ações desenvolvidas.
6. garantir o desenvolvimento das ações educativas junto à população visando a conquista da saúde, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como: gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos e portadores de doenças crônicas.
7. estimular a participação da comunidade, juntamente com os membros da equipe de saúde da família, para que a mesma amplie sua percepção dos problemas, visando a sua superação.
8. desenvolver atividades administrativas com vistas à organização interna e manutenção da unidade e dos serviços prestados à comunidade.
9. supervisionar, acompanhar, controlar e avaliar a frequência e a atuação das equipes de saúde.
10. responsabilizar-se pelo encaminhamento das informações aos órgãos competentes.
11. responsabilizar-se pela confecção de relatórios mensais de produção e outros padronizados.
12. estabelecer relações com outros órgãos e instituições visando o desenvolvimento de ações intersetoriais que levem à melhoria das condições de vida da comunidade.
13. planejar e executar, juntamente com as equipes de saúde da família, estratégias de esclarecimento e divulgação do programa de saúde da família à comunidade, órgãos e instituições afins.
14. participar ativamente de cursos de capacitação e atividades de educação continuada visando o aperfeiçoamento de sua capacidade de gerenciar a unidade e as equipes para atingir os objetivos propostos.
15. executar toda e qualquer outra atividade no campo de ação de sua função.

## ENFERMEIRA

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF.
2. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a proteção e a promoção da saúde da comunidade.
3. desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como: gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando a conquista da saúde.
4. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
5. identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças.
6. participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças.
7. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
8. fazer estudos e previsões de pessoal e materiais necessários às atividades, elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, especificando e controlando os equipamentos, materiais permanentes e de consumo, para assegurar o desempenho adequado do trabalho da enfermagem.
9. planejar, organizar e administrar as ações de saúde desenvolvendo atividades técnico-administrativas na elaboração de normas, instruções, roteiros e rotinas específicas, para padronizar procedimentos e racionalizar os trabalhos, no sentido de servir de apoio ao desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde da família.
10. verificar sistematicamente o registro das ações de enfermagem e dos agentes comunitários.
11. planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, realizando consulta de enfermagem, visitas domiciliares, teste de imunização, vacinação e investigações para possibilitar a promoção e proteção da saúde dos grupos prioritários e aumentar a cobertura dos programas.
12. prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em protocolos aprovados pela instituição de saúde.
13. coordenar e supervisionar o pessoal da equipe de enfermagem, observando-o, entrevistando-o e realizando reuniões de orientação e avaliação para manter os padrões desejáveis de assistência aos pacientes.
14. avaliar a assistência de enfermagem, analisando e interpretando dados estatísticos e registrando as atividades para estudar um melhor aproveitamento do pessoal.
15. anotar as observações, tratamentos executados e ocorrências verificadas com relação aos pacientes para documentar a evolução da doença e possibilitar o controle da saúde, a orientação terapêutica e a pesquisa.
16. planejar e desenvolver o treinamento sistemático em serviço, para o pessoal da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, avaliando as necessidades e os níveis de assistência prestado para aperfeiçoar o trabalho da equipe.
17. aprimorar e introduzir novas técnicas de enfermagem e melhorar os padrões de assistência.
18. realizar periodicamente a atualização do fichário de controle de atendimento e do calendário vacinal.

## MÉDICO DE FAMÍLIA

1. atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF
2. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando a proteção e a promoção da saúde da comunidade.
3. desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como: gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando a conquista da saúde.
4. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
5. identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças.
6. participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional como generalista, visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças.
7. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
8. executar todos os procedimentos médicos nas clínicas básicas: pediatria, ginecologia e obstetria, clínica médica, clínica cirúrgica e medicina preventiva.
9. na assistência individual, examinar o paciente com atenção para determinar o diagnóstico, e, se necessário, requisitar exames complementares, interpretar seus resultados para confirmar o diagnóstico, prescrever medicamentos, indicando dosagem e respectiva via de administração, orientar o paciente quanto ao seu uso e aos cuidados a serem observados para conservar e restabelecer sua saúde.
10. manter registro dos pacientes atendidos, anotando a anamnese, o diagnóstico, os exames complementares, o tratamento e a evolução da doença.
11. emitir atestado de saúde conforme necessidade.
12. atender urgências e realizar pequenas cirurgias; e se necessário, encaminhar o paciente para o ambulatório de especialidades e/ou hospitais da rede, conforme necessidade e obedecendo critérios preestabelecidos de referência e contra-referência.
13. realizar visita e assistência domiciliar conforme programado pela equipe, segundo critérios clínicos e epidemiológicos, com a finalidade de acompanhar a situação de saúde do indivíduo e da comunidade.
14. notificar doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
15. conhecer todas as ações de saúde indicadas para cada paciente, com vistas à assistência integral à saúde.
16. atuar de forma a estabelecer uma relação de confiança com pacientes e famílias assim como com os demais integrantes da equipe no sentido da humanização do atendimento.
17. humanizar o tratamento, através da internação domiciliar, sempre que as condições do paciente o permitirem.
18. incentivar e participar de reuniões de grupos, em programas (hipertensos, diabéticos, etc.), e aqueles relacionados à organização da comunidade e com as práticas populares de saúde.
19. realizar o cadastramento das famílias e o diagnóstico das condições de saúde da área de atuação.

## MÉDICO ESPECIALISTA

1. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
2. executar todos os procedimentos médicos próprios de sua especialidade aos usuários encaminhados pelo PSF e pelas unidades básicas da região.
3. orientar os clientes quanto ao diagnóstico, tratamento e encaminhamento a outros níveis de atendimento, quando necessário, através de entendimento prévio e obedecendo a critérios pré-estabelecidos de referência e contra- referência.
4. reencaminhar os clientes aos serviços de origem, uma vez elucidada a questão que motivou o encaminhamento, com o diagnóstico e as orientações registradas na ficha de referência e contra-referência.
5. atuar de forma a estabelecer uma relação de confiança com pacientes e famílias assim como com os demais integrantes da equipe no sentido da humanização do atendimento.
6. notificar doenças e agravos de notificação compulsória.
7. estar disponível para a discussão de casos clínicos com as equipes de saúde, particularmente com os médicos.
8. participar de reuniões convocadas pela direção e/ou coordenação.
9. participar de treinamentos e reciclagens programados pela direção e/ou coordenação.
10. conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica da área de atuação do PSF.
11. colaborar no processo de capacitação da equipe do PSF, particularmente dos médicos.
12. desenvolver outras ações necessárias dentro dos limites de responsabilidade da sua função.

## ANEXO IV

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## MATERIAL PERMANENTE

Item	Descrição	V. Espanhola	A. Marques
01	Balanças antropométrica, adulto, mecânica capacidade até 150 Kg divisões a cada 100 grs.	08	11
02	Balanças eletrônica, pediátrica, capacidade até 15 Kg. divisões a 05 grs. concha anatômica para acomodar o bebê, tara até 9Kg. 110/220 V.	03	07
03	Auto clave capac. 96 litros, flange, tampa e caldeira da câmara interno e externo construção em aço inoxidável, bomba de vácuo e bomba de água, tampa com fechamento centralizado, trava automática, acompanha manômetro, manovacuômetro, chaves interruptoras, lâmpadas indicativa, alarme auditivo, indicador de temperatura e tempo de exposição	01	01
04	Aspirador cirúrgico, elétrico, com rodízio, bomba à vácuo aspiradora de sangue e secreção, capacidade de fluxo de 23 litros de ar por minuto, com conjunto completo de acessórios para uso cirúrgico e frasco coletor c/ capacidade para 03 litros.	00	01
05	Elétrocardiógrafo, 1 canal, portátil, com sete derivações padrão e seleção das derivações através de teclado de membrana, controle eletrônico de todas as funções, com indicação luminosa e indicação digital de frequência cardíaca, funcionamento 110/220 V	01	04
06	medicamentos, duas para uso geral e um compartimento fechado com porta basculante. Suporte giratório (180°) para comodação de desfibrilador. Mesa superior com duas divisões, uma para preparação de medicamentos e outra para acomodação de monitor. Tábua acrílica para massagem cardíaca e suporte para cilindro de oxigênio de 03 litros e coluna de soro. Dimensões aproximadas: 570 X 1095 X 855mm. Acompanha desfibrilador com oito teclas de membrana de toque sensível com indicação de energia	00	01



07	Armário vitrine de 01 porta, com fechadura tipo yale, 03 prateleiras, portas e laterais de vidro duplo, fundo e teto em chapa de aço esmaltado. Dimensões 0,40 X 0,50 X 1,50m de altura.	12	13
08	Armário vitrine de 02 portas, com fechadura tipo yale, 04 prateleiras, portas e laterais de vidro duplo, fundo e teto em chapa de aço esmaltado. Dimensões 0,65 X 0,40 X 1,65m de altura.	04	05
09	Balde cilíndrico porta detritos c/ pedal. Suporte para balde e pedal com balde esmaltado.	15	21
10	Banqueta giratória cromada assento inox, construído sobre 4 pés c/ ponteiros, totalmente cromado, altura regulável dimensões altura máxima 0,61cm	04	05
11	Banqueta tipo mocho, com apoio para pés, construído sobre 04 pés, totalmente cromado, altura regulável.	04	04
12	Berço acrílico com rodízios, construído com armação tubular cromada, com 01 prateleira abaixo de aço inox, cesto em acrílico, pés com rodízios de 1,5/8, dimensões 0,40 X 0,80m	00	00
13	Biombo, 2 faces, tubos pintados, construído com tubos de 3/4, faces em forte tecido, pés com rodízios, dimensões: altura 1,65m largura aberto 1,20 m largura fechado 0,66m.	04	05
14	Estetoscópio unísson - infantil, com alta sensibilidade de auscultação	04	05
15	Esfigmomanômetro de parede, sistema aneróide para verificar pressão arterial. Mostrador grande, de aproximadamente 15 cm. Escala foforescente branca, contrastando com fundo azul, garantindo boa visibilidade e facilidade de leitura, mesmo com pouca iluminação. Suporte duplo na parte anterior, para acondicionamento da pera insulfadora, braçadeira e manguito. Braçadeira confeccionada em nylon resistente. manguito em látex. Filtro duplo de proteção entre a pera insulfadora e a válvula de controle. Tubo de conexão espiralado, podendo ser estendido até 1,30m 15 ° para frente e para trás, para facilitar uso e leitura.	00	00
16	Cuba rim confeccionada em aço inoxidável, com bordas arredondadas facilitam um ajuste confortável, medindo aproximadamente 26 X 12cm.	00	00
17	Bandejas retangular para guarda e esterilização de instrumental, com pá, medindo aprox. 30 X 20 X 4cm, confeccionadas em aço inoxidável.	00	00



18	Caixa para instrumentais 32 X 16 X 8 em aço inoxidável	00	00
19	Pinça Crile curva 14 cm	00	00
20	Pinça Kocker reta 14 cm	00	00
21	Pinça pean reforçada 16 cm	00	00
22	Pinça dissecação c/serrilha 14 cm	00	00
23	Tesoura romba/fina reta 15 cm	00	00
24	Cureta recamier nº 2, cortante	00	00
25	Cureta recamier nº 4, cortante	00	00
26	Cureta sims nº 2	00	00
27	Cureta sims nº 4 uterina	00	00
28	Estilete bi-ovilar 15 cm	00	00
29	Tentacânula 15 cm	00	00
30	Pinça H. Mosquito curva 12 cm	00	00
31	Pinça Kelly curva 14 cm	00	00
32	Pinça adson c/ serrilha 12 cm	00	00
33	Pinça adson c/ dente 12 cm	00	00
34	Porta agulhas Mayo-hegar 14 cm	00	00
35	Tesoura Mayo-stile reta 14 cm	00	00
36	Cabo de bisturi nº 3	00	00
37	Mesa para exametramento estofada, tubos pintados, cabeceira reclinável, leito em chapa de aço esmaltada, dimensões 1,80 x 0,50 x 0,80.	10	12
38	Mesa para uso geral em inox ( 0,40 x 0,50 x 0,80), pés com ponteiros	13	12
39	Mesa para exame ginecológico, com gabinete de três gavetas e uma porta esmaltada anexos de calcanheira (estribos), movimento de trêndeamburg no leito e com porta coxas, estofadas, dimensões 1,80 x 0,50 x 0,80m.	02	04
40	Carro curativo com balde e bacia, armação tubular de 1.14, tampo e prateleira de chapa de inox, pés, varandas e suporte para balde e bacia inox, pés com rodízios de 3, acompanhada 01 balde e bacia e 01 bacia inoxidáveis, dimensões 0,24 x 0,75 x 0,80m	01	01
41	Carro para transporte de cilindro, montado sobre rodas, sendo 2 dianteiras de 16 cm e uma traseira de 8 cm, totalmente esmaltado.	01	02
42	Suporte de soro, haste inox, com rodízios, suporte para fixação em chapa de aço 1/8, hastes em tubo de 7/8, com gira de 180 graus, totalmente cromado, dimensões haste com 1,00m	03	03

43	Escada de 02 degraus, armação em tubos redondos 1 reforçada, degraus revestidos com piso de borrachas e cinta de aço inox. pés esmaltados	12	18
44	Carro curativo com tampo, e prateleira, tubos e gradil totalmente inoxidável, rodas de 3 Dimensões aprox. 0,45 x 0,75 x 0,75	00	01
45	Assistência respiratória, sistema de cabeceira (AMBU), adulto Ressuscitador manual, constituído de balão autoinflável de vinil Contem válvula de admissão de ar com conexão para entrada de oxigênio, válvula unidirecional, máscara de vinil, acondicionado em bolsa de nylon	00	01
46	Assistência respiratória, sistema de cabeceira (AMBU), infantil. Ressuscitador manual, constituído de balão autoinflável de vinil. Contem válvula de admissão de ar com conexão para entrada de oxigênio, válvula unidirecional, máscara de vinil, acondicionada em bolsa de nylon	00	01
47	Esfigmomanometro infantil, sistema aneróide, aparelho de alta precisão com escala de 0 a 300mm/hg, com fecho em velcro.	04	03
48	Esfigmomanometro com pedestal, rodízios, braçadeira com manguito, pera insufladora com válvula e extensão espiralada. Construído em durometal resistente, pintura em tinta especial enrugante, alta precisão, boa visibilidade na leitura com escal de 0 a 300 mm/hg.	10	17
49	Laringoscópio rígido adulto, cabo de metal recartilhado com tampa de rosca e mola de aço inoxidável para pilhas médias, 04 lâminas de aço inoxidável em peça única com extremidade distal de formato redondo, acabamento fosco para impedir reflexão da luz, contendo: 02 lâminas retas nº 3 e 4 : lâminas curvas nº 2 e 4 e 01 lâmina padrão especial de alta luminosidade sobressalente, pino de aço substituível, acondicionamento em bolsa fechada com zíper.	00	01

50	Laringoscópio rígido infantil, cabo de metal recartilhado com tampa de rosca e mola de aço inoxidável para pilhas médias. 04 lâminas de aço inoxidável em peça única com extremidade distal de formato redondo, acabamento fosco para impedir reflexão da luz, contendo: 02 lâminas retas nº 0 e 2 : 02 lâminas curvas nº 1 e 2 e 01 lâmina padrão especial de alta luminosidade sobressalente, pino de aço substituível, acondicionamento em bolsa fechada com zíper.	00	01
51	Martelo dejerine de percussão, para reflexos, confeccionado em aço inoxidável	01	01
52	Negatoscópio, 01 corpo, construído em chapa de aço esmaltada, com frente em acrílico e moldura de alumínio, em 110 volts. Dimensões de área útil: 0,35 x 0,45m	07	09
53	Negatoscópio, 02 corpo, construído em chapa de aço esmaltada, com frente em acrílico e moldura de alumínio, em 110 volts, dimensões de área útil 0,75 x 0,46m	01	04
54	Braçadeira de injeção, com altura regulável por borboleta, base de ferro fundido, esmaltado, parte superior cromada, estofada, dimensões altura mínima 0,86 cm altura máxima 1,14m.	03	03
55	Cadeira de rodas, dobrável, adulto, esmaltada, assento e encosto em lona, freios laterais, rodas grandes à frente e pequenas giratórias traseiras, braços fixos.	01	03
56	Oftalmoscópio, tipo May (pilha), com cabo de metal com capacidade para duas pilhas, um otoscópio com três espelhos auriculares, e um oftalmoscópio com 20 lentes (-20a + 40 dioptrias), uma lâmpada sobressalente e estojo para transporte.	02	01
57	Otoscópio em cabo de metal com capacidade para duas pilhas tamanho médio, com quatro espelhos auriculares e nasal, e estojo para transporte.	06	05
58	Refletor parabólico, base em ferro fundido, parte superior cromada com interruptor, altura regulável através de borboleta, altura mínima 1,25m, altura máximo 1,61m.	09	14
59	Régua antropométrica, para medições pediátricas, feita em madeira, com cursores em aço inox, de 1 metro.	03	05

60	Detector de batimentos cardíaco fetal , com funcionamento por efeito doppler, detecção do fluxo do cordão umbilical, diagnóstico de gravidez múltipla , localização da placenta e ausculta cardio-fetal a partir da 12ª semana.	03	04
61	Eletrocautério com circuito totalmente transistorizado, fornecendo dois tipos de onda para eletrocirurgia, montado em caixas de plástico de alto impacto, 110/220 volts. Contendo : 01 caneta porta eletrodo com cabo de ligação, 01 placa neutra de aço inoxidável, 01 cabo de ligação para placa neutra , 01 pedal de comando, 05 eletrodos (pontas) diversos tipo faca, tipo alça com diâmetro 6mm, tipo bola c/ diâmetro 2,5mm, tipo bola c/ diâmetro 4mm, agulha para depilação.	01	04
62	Estetoscópio unisson - adulto, com alta sensibilidade de auscultação	01	01

## MÓDULOS ODONTOLÓGICOS

	ESPECIFICAÇÃO	V	ESPAÑHOLA	A. MARQUES
unid	Pinça clinica	36		36
unid	Explorador duplo	36		36
unid	Cureta para dentina nº. 14	36		36
unid	Cureta para dentista nº. 17	36		36
unid	Cureta para dentista nº. 20	36		36
unid	Cabo para espelho bucal nº. 25	36		36
unid	Consensador duplo para amálgama nº. 01	18		18
unid	Consensador duplo para amálgama nº. 02	18		18
unid	Consensador duplo para amálgama nº. 03	18		18
unid	Brunidor nº. 29	18		18
unid	Brunidor nº. 33	18		18
unid	Esculpidor Hollembach nº. 03	36		36
unid	Esculpidor Hollembach nº. 03 S	36		36
unid	Seringa para anestesia tipo "Capule"	36		36
unid	Aplicador de hidróxido de cálcio	18		18
unid	Tesoura cirúrgica reta c/ 2 pontas finas de 11 cm	12		12
unid	Tesoura cirúrgica curva 2 pontas finas de 11 cm	12		12
unid	Tesoura reta de 14 cm	12		12
unid	Tesoura reta com 2 pontas finas de 15 cm	12		12
unid	Porta agulha Mathiew de nº. 14	12		12
unid	Instrumento de Periodontia 11-12	18		18
unid	Instrumento de Periodontia 13-14	18		18
unid	Instrumento de Periodontia 17-18	18		18
unid	Espátula de inserção nº. 01	12		12
unid	Espátula para cera nº. 17	6		6
unid	Porta matriz para amálgama	18		18
unid	Espátula dupla para manipulação nº. 72	6		6
unid	Sonda peridontal milimetrada para periondontia medindo 11,5 mm	18		18
unid	Balança de Crandall	3		3
unid	Tambor para gaze (12x12 cm)	6		6
unid	Pinça de Collim reta	6		6
unid	Forceps adulto superior nº. 150	12		12
unid	Forceps adulto superior nº. 18 L	12		12
unid	Forceps adulto superior nº. 18 R	12		12
unid	Forceps adulto superior nº. 65	12		12
unid	Forceps adulto superior nº. 69	12		12

unid	Forceps adulto superior nº. 17	12	12
unid	Forceps adulto superior nº. 151	12	12
unid	Forceps adulto superior nº. 203	12	12
unid	Forceps infantil nº. 01	12	12
unid	Forceps infantil nº. 02	12	12
unid	Forceps infantil nº. 03	12	12
unid	Forceps infantil nº. 06	12	12
unid	Forceps seldin	12	12
unid	Alavanca apicals nº. 301	12	12
unid	Alavanca apicals nº. 302	12	12
unid	Cureta nº. 85	12	12
unid	Bandeja inox - 22x30x4	6	6
unid	Espátula de metal	18	18
unid	Caixa metálica para esterilização (18x11x06)	60	60
unid	Cinzel nº. 01 G	6	6
unid	Martelo cirúrgico	6	6
unid	Osteótomo (alveolótomo tipo Luer curvo)	6	6
unid	Porta algodão limpo inox	12	12
unid	Porta algodão servido inox	12	12
unid	Tesoura de Metzenbaum - 14 cm		
unid	Afastador labial infantil	6	6
unid	Afastador lingual infantil	6	6
unid	Afastador labial adulto	6	6
unid	Afastador lingual adulto	6	6
unid	Estufa para esterilização e secagem	2	2
unid	Amalgador	21	2
unid	Avental de chumbo	2	2
unid	Biombo protetor 50x50 ou 50x75	2	2
unid	Câmara acrílica	2	2
unid	Contra ângulo	6	6
unid	Caneta para Alta Rotação	6	6
unid	Cadeira odontológica	-	3
unid	Equipo odontológico	-	3
unid	Unidade auxiliar	-	3
unid	Refletor odontológico	-	3
unid	Mocho odontológico	3	6
unid	Compressor ar	?	?

**Parâmetro utilizado:** 12 horas de trabalho (3 turnos), 3 profissionais por turno em cada módulo, 2 pacientes por hora profissional, total de pacientes atendidos em 12 horas por cada módulo: 72 pacientes.

## MATERIAIS DE ENFERMAGEM A SEREM FORNECIDOS PELA SES

Material	Unidade
abaixador de língua	pt
absorvente higiênico/ 10	pt
ag. Hipod. desc. bip. 25x8 (múltipla)	cx
agulha descartável 13x4,5 (cx c/100)	cx
agulha descartável 25x7 (cx c/100)	cx
agulha descartável 25x8 (cx c/100)	cx
agulha descartável 30x7 (cx c/100)	cx
agulha descartável 30x8 (cx c/100)	cx
agulha descartável 40x12 (cx c/100)	cx
álcool 70 graus	lt
algodão hidrófilo 500g	rolo
almotolia plástica escura	unid
almotolia plástica transparente 125ml	unid
almotolia plástica transparente 250ml	unid
aparelho p/ barbear descartável	unid
atadura de algodão ortopédico 10cm	rolo
atadura de algodão ortopédico 15cm	rolo
atadura de algodão ortopédico 20cm	rolo
atadura de algodão ortopédico 4cm	rolo
atadura de algodão ortopédico 6cm	rolo
atadura de algodão ortopédico 8cm	rolo
atadura de crepe 10cm	dz
atadura de crepe 12cm	rolo
atadura de crepe 15cm	dz
atadura de crepe 20cm	dz
atadura de crepe 4cm	dz
atadura de crepe 6cm	dz
atadura de crepe 8cm	dz
atadura gessada 20cm x 3m	unid
atadura rayon 7,5 cm	rolo
avental desc. manga longa	unid
bisturi descartável 11cm	unid
bisturi descartável nº 15	unid
bisturi descartável nº 20	unid
bisturi descartável nº 22	
bolsa de borracha p/ água quente	unid
caixa de isopor M	unid
caixa de isopor P	unid
caixa de isopor G	unid
cateter nasal p/ oxigênio nº 6	unid
cateter nasal p/ oxigênio nº 12	unid



coletor desc. urina infantil (unissex)	unid
coletor p/ material perfuro cortante 7 lt	unid
coletor coletor universal descartável	unid
compressa de gaze 7,5 x 7,5 n esteril (pt/500)	pte
compressa de gaze 7,5 x 7,5 esteril (pt c/ 100)	pte
cortador desc. p/ soro	unid
curativo de carvão ativado 10,5 x 10,5cm	unid
curativo hidroativo 10 x 10	unid
curativo hidrocolóide 10 x 10 cm	unid
curativo transp 5 x 7cm	unid
dispositivo infusão endovenosa nº 21	unid
dispositivo infusão endovenosa nº 23	unid
dispositivo infusão endovenosa nº 25	unid
equipo p/ soro macrogotas	unid
equipo p/ soro microgotas	unid
escova de nylon p/ ginecológica	unid
escova de nylon desc. p/ cirurgia	unid
escova p/ limpeza de material	unid
esparadrapo impermeável 10 cm	unid
espátula madeira p/ ex. ginecológico - Ayres	pte
fio nylon monofilado 3-0 c/ ag. 3/8	env
fio nylon monofilado 4-0 c/ ag. 3/8	env
fio nylon monofilado 5-0 c/ ag. 3/8	env
fita adesiva cirúrgica-tipo micoporte - 12x10	rolo
fita adesiva crepe branca 19x5	rolo
fita adesiva p/ autoclave 19x30	rolo
fita crepe bca 16mmx50m	rolo
fita crepe bca 25mmx50m	unid
fita crepe bca adesiva 50x50	rolo
fita métrica 2 metros	unid
fita micropore 25x10	rolo
fita micropore bca 50x10	rolo
gaze hidrófila 91x91	rolo
gel p/ ultra-sonografia	tubo
glutaraldeído 2% 5lts	gal
haste flexível c/ ponta de algodão	cx
hipoclorito de sódio 1%	lt
indicador biológico p/ estereliz. a vapor	unid
indicador biológico p/ autoclave	cx
lâmina p/ microsc. 26x26 (fosca)	cx
lâmina p/ bisturi nº 23	unid
lanceta descartável para punção	cx
luva cirúrgica estéril nº 6,5	par
luva cirúrgica estéril nº 7	par
luva cirúrgica estéril nº 7,5	par



luva cirúrgica estéril nº 8	par
luva cirúrgica estéril nº 8.5	par
luva cirúrgica estéril nº 9.0	par
luva desc. p/ toque ginecológico	unid
luva látex proced. n estéril G cx c/ 100	cx
luva látex proced. n estéril M cx c/ 100	cx
luva látex proced. n estéril P cx c/ 100	cx
luva látex proced. n estéril PP cx c/ 100	cx
malha tubular ortopédica 10 cm	rolo
malha tubular ortopédica 12 cm	rolo
malha tubular ortopédica 6 cm	rolo
malha tubular ortopédica 8 cm	rolo
micronebulizador adulto (máscara)	jogo
micronebulizador infantil (máscara)	jogo
papel grau cirúrgico 30x100	rolo
papel kraft 60cm gramadura 80	bob
papel lençol 50x50 descartável	bob
papel p/ eletrocardiograma 48 cm	rolo
saco p/ medicamento	cento
seringa desc. 1ml p/ insulina	unid
seringa descartável 10 ml	unid
seringa descartável 20 ml	unid
seringa descartável 3 ml	unid
seringa descartável 5 ml	unid
solução ácido acético 2%	lt
solução de PVPI tópico	lt
solução formol 10%	lt
solução lugol 2%	lt
solução lugol forte	lt
solução PVPI tintura	lt
tala met. p/ dedo 12x26 c/ espuma	unid
tala met. p/ dedo 19x26 c/ espuma	unid
tala met. p/ dedo 26x26 c/ espuma	unid
termômetro c/ cabo extensor	unid
termômetro clínico	unid
termômetro p/ cadeia de fio max/min	unid
termômetro p/ etufa grad. 260°	unid
teste p/ gravidez	cx
teste p/ determinar diabete	frs
tubo coleta sang. 10 ml vermelha (cx c/ 100)	cx
tubo coleta sang. 3 ml roxo (cx c/ 100)	cx
tubo coleta sang. 4,5 ml azul (cx c/ 100)	cx
tubo coleta sang. 5 ml cinza (cx c/ 100)	cx
tubo coleta sang. 5 ml roxo (cx c/ 100)	cx
tubo coleta sang. 5 ml vermelha (cx c/ 100)	cx

tubo de látex 200 - garrote	mt
tubo de látex 204 - garrote	mt
vaselina líquida	lt
vidro para biópsia	unid

# MATERIAL DE ENFERMAGEM NECESSÁRIO E NÃO DISPONÍVEL NA DIR I

ITEM	ESPECIFICAÇÃO
01	agulha descartavel aço inox para coleta multipla esteril , siliconizada , 25x8, bisel trifacetado
02	agulha descartável , aço inox para coleta simples a vacuo esteril, siliconizada, 25x8, bisel trifacetado, porção revestida com borracha retratil flexivel, embalada individualmente, caixa com 100 unidades
03	atadura gessada 10 cm de largura em gaze pre-encolhida sem desprendimento de gesso , secagem rapida borda em zig -zag , embalagem individual, impermeavel, caixa com 20 unidades
04	atadura gessada 15 cm de largura em gaze pre-encolhida sem desprendimento de gesso secagem rapida ,borda em zig-zag, embalagem individual impermeavel, caixa com 20 unidades
05	bolsa para colostomia
06	campo operatorio 45x50 cm constituido de 4 camadas de gaze sobrepostas, bordas devidamente acabadas, embaladas em pacotes com 50 unidades
07	cânula para traqueostomia em pvc nº 08 com balonete , esteril , descartavel , embalada individualmente.
08	canula de guedel em pvc nº 0 , atoxica ,atraumatica , apirogenica , descartavel , embalada individualmente.
09	canula de guedel em pvc nº 2 atoxica, atraumatica, apirogenica, descartavel com flexibilidade.
10	canula de guedel em pvc nº 4 atoxica, atraumatica, apirogenica, descartavel com flexibilidade.
11	cânula endotraqueal sem cuff nº 3 em pvc , radiopaco , esteril, ponta arredondada , conecto
	adaptavel ao respirador ,descartavel, embalagem individual com identificação visivel da numeração.
12	canula endotraqueal sem cuff nº 4 em pvc ,radiopaco, esteril, ponta arredondada, conecto adaptavel ao respirador ,descartavel, embalagem individual com identificação visivel da numeração.
13	cânula endotraqueal sem cuff nº 4,5 em pvc ,radiopaco, esteril, ponta arredondada,conecto adaptável ao respirador ,descartável, embalagem individual com identificação visivel da numeração .
14	cânula endotraqueal com cuff nº 5,0 em pvc ,radiopaco, esteril ,ponta arredondada, conecto adaptável ao respirador ,descartável, embalagem individual com identificação visivel da numeração .
15	cânula endotraqueal com cuff nº 5,5 em pvc ,radiopaco, esteril ,ponta arredondada,conecto
	adaptável ao respirador, descartável, embalagem individual com identificação visivel da numeração.
16	cânula endotraqueal com cuff nº 6,0 , 6,5, 7,0, 7,5, 8,0, 8,5, 9,0, 9,5 em pvc , radiopaco, esteril, ponta arredondada, conecto adaptável ao respirador, descartável embalagem individual com identificação visivel .

17	catéter intra venoso radiopaco, apirogênico, estéril, agulha 2,03 mm (14g x 5cm) 30,4 cm de comprimento com mandril em aço inox bisel trifacetado, protetor de agulha e bainha plástica rígida, embalado individualmente em papel grau cirúrgico, com fio guia.
18	catéter intra venoso radiopaco, apirogênico, estéril, agulha 1,0 mm (19 g. x 5 cm) 20,3 cm de comprimento com mandril em aço inox, bisel trifacetado, protetor de agulha e bainha plástica rígida, embalado individualmente em papel grau cirúrgico, com fio guia.
19	catéter intra venoso, teflon vialon, 14g, 18g, 20g, estéril, flexível, radiopaco, mandril em aço siliconizado, vazado, bisel trifacetado, câmara de refluxo transparente, embalagem individual.
20	conjunto completo para inalação, composto por máscara impermeável em pvc resistente, copo coletor e extensão para conexão com fluxômetro a ar comprimido.
21	dispositivo intra uterino (diu), em polietileno, estéril, haste em t ou ômega, fio cobre, 0,4 mm diâmetro com nó mínimo 375 mm <sup>2</sup> total, monofil nylon com aplicador e anel ajustável.
22	diafragma medidor jogo de 6, tamanho confeccionado em borracha e aro de metal tratado, tamanho 60 a 85 mm de diâmetro, em caixas plásticas com folheto explicativo.
23	diafragma método contraceptivo feminino, silicone especial, aro de metal tratado, tamanhos 60mm, 65mm, 70mm, 75mm, 80mm, 85mm, em estojo com uma peça.
24	etiquetas adesivas para coletor de fezes, urina, escarro, universal, medindo 2,3 x 8,1 cm, com boa aderência e que não solte com a umidade.
25	filme radiológico 13 x 18, 18 x 24, 24 x 30, 30 x 40, 35 x 35, 35 x 43, com sensibilidade azul, caixa com 100 (cem) filmes.
26	fralda descartável para uso geriátrico, com fita adesiva reaproveitável, antialérgica, com três camadas, elástico nas pernas, embalada em pacotes.
27	luva forrada de latex natural, resistente, tamanhos médio, grande, e extragrande, antiderrapante, punho largo, embalada em pares.
28	pasta condutora gelatinosa para eletrodo de eletrocardiograma e monitor cardíaco.
29	punch para biópsia de pele, descartável, esterilizado, 4 mm, resistente e embalado individualmente.
30	saco plástico branco leitoso para coleta de lixo séptico hospitalar, resistente ao peso, capacidade de 40, 60 e 100 litros, embalado em pacotes.
31	salto ortopédico de borracha, resistente, antiderrapante, com base de formato arredondado, duas abas laterais para melhor fixação no gesso, tamanho grande.
32	seringa 01 ml, para tuberculina, em polipropileno, estéril, descartável, com bico simples ou de rosca dupla, com anel de retenção, graduada, com escala e números nítidos, siliconizada, embalada em papel grau cirúrgico e filme termoplástico, embalagem individual, com agulha.
33	sonda de aspiração traqueal nos. 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 e 20, tubo vinículo incolor, flexível, descartável, estéril, atraumático, válvula intermitente, pressão negativa, embalada individualmente e identificada.

34	sonda foley nos. 12, 14, 16 e 18, latex, 2 vias, estéril, bico leve e balão, válvula de enchimento adaptável à seringa, identificação visível do número e capacidade do balão de 30 ml. embalada individualmente.
35	sonda gástrica nos. 6, 14, 16, 18 e 20, estéril, descartável, em tubo pvc atóxico, siliconizada, flexível, transparente, conector rígido com tampa, embalagem individual.
36	sonda uretral nos. 4, 6, 10 e 14, descartável, estéril, tubo pvc, flexível, transparente, siliconizada, orifício atraumático, embalada individualmente e identificada.
37	talco inodoro, sem impurezas, para luvas.

**ANEXO**  
**MEDICAMENTOS DA REDE BÁSICA NÃO FORNECIDOS PELA SECRETARIA**

1. furosemida 20 mg 2ml amp.	(tem comp.)
2. sulfato ferroso 40 mg drg.	(tem comp. 250 mg)
3. hidrocortisona 100 mg fr amp.	
4. hidrocortisona 500 mg fr amp.	
5. ipratrópio 0,002 mg/dose aerossol fr.	
6. isossorbida 5 mg cp.	(tem comp. 10 mg)
7. levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg cart.	
8. levonorgestrel 0,25 mg + etinilestradiol 0,05 mg cart.	
9. lidocaina 2% c/ adrenalina 20 ml fr amp.	(tem injet. sem adrenalina)
10. lidocaina 2% geléia tub.	
11. miconazol 20 mg + tinidazol 30 mg cr. vag. bisn.	(tem creme vag. s/ assoc.)
12. miconazol loção fr.	
13. nitrofurazona pom. bisn.	
14. papaverina 0,1 g cp.	
15. podofilina 20% sol. alcoólica fr.	
16. podofilina 25% sol. oleosa fr.	
17. polimixina B + lidocaina fr.	
18. cloreto de potássio 500 mg dg.	
19. progesterona 150 mg + estradiol 10 mg 1ml amp.	
20. tiabendazol creme bisn.	(tem comp, tem susp.oral)
21. tinidazol 500 mg cp.	
22. violeta de genciana 1% fr.	
23. vitamina A + vitamina D3 pomada bisn.	
24. ácido metacresol sulfônico gel bisn.	
25. ácido mucopolissac. polissulf. pomada bisn.	
26. água bidestilada 10 ml amp.	
27. albendasol 200 mg comp.	
28. cefalotina 1 g fr amp.	
29. cloranfenicol 150mg/5ml xpe. fr.	(tem colírio, tem dg.)
30. cloranfenicol pomada	
31. dexclorfeniramina 2mg/5ml fr.	(tem comp.)
32. diclofenaco 100 mg-comp.	
33. diclofenaco sódico 75 mg/3ml amp.	
34. dimenidrato 50 mg + piridoxina 50 mg amp. 1 ml amp.	
35. dimenidrato 25 mg + piridoxina 5mg gotas pediat. fr.	
36. ergometrina 0,2 mg comp.	

37. ergometrina 0,2 mg/1ml amp.	
38. eritromicina 500 mg drg.	(tem susp. tem cp 250mg)
39. escopolamina 10 mg/ml sol. oral fr.	
40. estrógenos conjugados 1,25 mg drg.	(tem dg. 0.625)
41. estrógenos conjugados 20 mg fr. amp.	(tem creme vaginal)



# QUALIS

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*O desafio da  
qualidade integral*



**A** Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, declara a saúde “direito de todos e dever do Estado” e assegura o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Dez anos depois, ainda estamos longe de alcançar esses objetivos. O povo brasileiro vive cotidianamente o sofrimento de uma má qualidade de vida e de uma precária assistência à sua condição sanitária. Mas mesmo nesse cenário de fracasso do poder público em sua missão de prover serviços adequados, iniciativas de envergadura foram surgindo no esforço para enfrentar um dos mais históricos e profundos dilemas sociais do país. O projeto QUALIS/Programa de Saúde da Família, por seus resultados e perspectivas, se constitui como um dos mais importantes desses passos para a efetivação dos postulados constitucionais.

O QUALIS teve sua primeira experiência há dois anos, fruto de um convênio que reuniu o Ministério da Saúde (então dirigido pelo professor Adib Jatene), a Secretaria Estadual e o Hospital Santa Marcelina e permitiu a implantação pioneira desse projeto no bairro de Itaquera, na cidade de São Paulo. Convencido de sua potencialidade como estratégia para transformar o modelo assistencial e melhorar os serviços prestados a milhares de cidadãos, o ex-ministro procurou o governador do Estado e o secretário da Saúde para expandir o QUALIS para novas áreas.

Em novembro de 1997 foi assinado acordo com a Fundação E. J. Zerbin, designada gerenciadora do programa, e duas novas regiões foram agregadas à iniciativa: Vila Nova Cachoeirinha (zona norte) e Parque São Lucas (zona sudeste), ao qual depois se somou Sapopemba, o distrito mais problemático e populoso da cidade. O QUALIS já atinge quatrocentos mil habitantes da maior cidade sul-americana. Chegará no final do ano aos quinhentos mil beneficiários.

O QUALIS busca prover o atendimento ambulatorial básico a todas ocorrências clínicas, realizar ações preventivas e educativas de saúde pública e coordenar a relação com os hospitais de retaguarda e serviços de maior especialização. Cada cidadão deve ter os cuidados necessários para o seu caso, dos mais simples aos mais complexos e sofisticados.

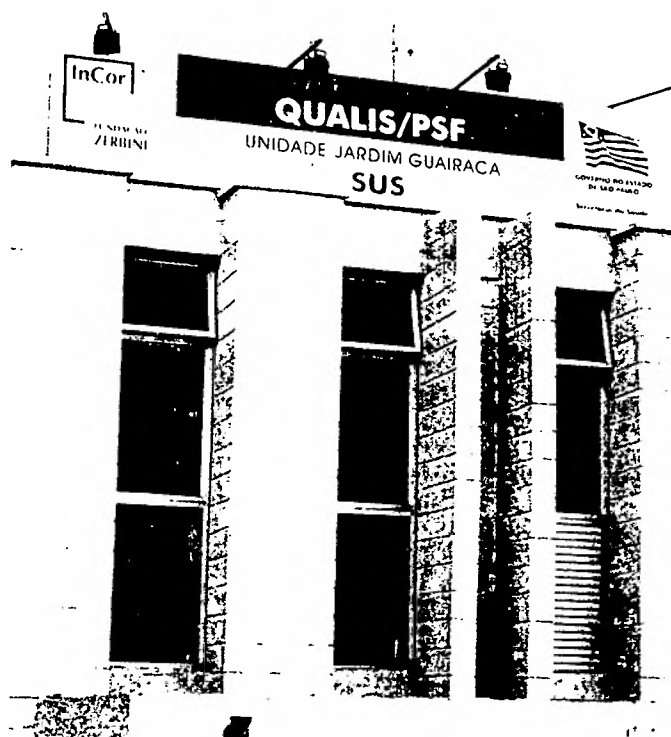
A população de cada região atendida é cadastrada por agentes comunitários de saúde, profissionais recrutados entre os próprios moradores e que têm a responsabilidade de organizar os vínculos das pessoas com a unidade de saúde.

Cada equipe sanitária do QUALIS é composta por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários e cuida de um grupo médio fixo de oitocentas a mil famílias. Essas equipes têm como função o desenvolvimento das chamadas ações básicas de saúde: vacinação, acompanhamento pré-natal e de puericultura, controle das enfermidades mais frequentes, iniciativas de educação para a saúde, identificação e correção de problemas ambientais graves (coleta e remoção do lixo, provimento de água potável, etc). Os profissionais trabalham quarenta horas semanais (inclusive os médicos) e podem acompanhar o quadro clínico e a qualidade de vida de sua clientela.

O QUALIS unifica as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e apresenta uma cultura de saúde pública alternativa à má qualidade e à descontinuidade das ações de caráter meramente sintomático e de pronto-socorro. Baseado na prioridade à prevenção e na noção de cuidados progressivos, o QUALIS é uma opção pela humanização da atenção, pela universalidade ao acesso e pela integralidade da assistência médica ao cidadão.



*Unidade Jardim Guairacá (abaixo): a sede do QUALIS no Parque São Lucas (zona sudeste), que busca ampliar sua rede de atendimento a cerca de 150 mil cidadãos da região, além de outros 260 mil do distrito de Sapopemba. A foto acima revela uma área de habitações precárias, em que os problemas de saúde refletem a má qualidade de vida.*



A efetiva implantação do QUALIS começou por onde deveriam ter início todas as iniciativas de renovar nosso sistema de saúde: pela mobilização da comunidade. Esse é o mecanismo que permite controle da qualidade dos serviços e que pressiona para sua expansão.

O QUALIS tem atualmente novecentos trabalhadores, entre equipes médicas e pessoal de suporte nas unidades de saúde. Entre esses, 350 agentes comunitários. Até o final do ano serão 1,3 mil funcionários e quinhentos agentes. Além dos serviços básicos, incorporou ações de saúde bucal, saúde mental (incluindo enfrentamento do consumo de drogas por adolescentes e jovens) e a agregação ao programa de Ambulatório de Especialidades e de uma Casa de Parto, que fará o parto natural e humanizado das famílias cadastradas. Um grande centro de convivência e oficinas será instalado no distrito de Sapopemba, para o desenvolvimento das ações de saúde mental, em parceria com um organização não-governamental (a Associação Pau-Pau).

Sua expansão a toda a população de São Paulo é um objetivo factível: todos os seus serviços (atenção básica, especializada ambulatorial, ações de saúde bucal e mental) custam ao Estado não mais que 60 reais por habitante/ano. O processo de implantação e a escassez de pessoal habilitado (sobretudo médicos de família) recomendam, entretanto, que se pense na agregação de mais cinco milhões de cidadãos no período 1999-2002 e outros cinco milhões nos dois ou três anos seguintes.

Assim se pode construir um sistema de saúde que ofereça ao cidadão uma vida mais digna e tranqüila.

**Unidade Vila Espanhola:** o ambulatório central do Qualis em Vila Nova Cachoeirinha (zona norte), uma região com 140 mil habitantes.



A população utiliza o serviço do ambulatório central, em Vila Espanhola (foto no alto), e participa com determinação nas reuniões com os agentes e com a equipe médica para avaliação e controle dos serviços (fotos logo acima).



## *Da Constituição brasileira*

*Artigo 196* A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

*Artigo 197* São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

*Artigo 198* As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes 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.

*Parágrafo único* – O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 196, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

QUALIS/PSF Secretário de Saúde do Estado de São Paulo: *Prof. Dr. José da Silva Guedes* • Diretor-geral do Instituto do Coração: *Prof. Dr. Adib Jatene* • Presidente da Fundação E. J. Zerbini: *Eng. Paolo Bellotti* • Coordenador: *Dr. David Capistrano da Costa Filho*

**endereço** Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188/7º andar • São Paulo – SP • CEP 05403-000

**telefones** (011) 8812080/8810269

**fax** (011) 30640658



**O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO PAULO**

**David Capistrano Filho\***

- Médico, 50, especialista em Saúde Pública, ex-secretário de saúde de Bauru (84-86) e Santos (89-92), ex-prefeito de Santos (93-96), Coordenador do Programa QUALIS / PSF da secretaria de Estado da Saúde e da Fundação E. J. Zerbin

O artigo 196 da Constituição da República, promulgada em outubro de 1988 declara que a saúde é "direito de todos e dever do Estado" e assegura o "acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Já o artigo 198 diz que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade."(1)

Todos sabemos que, mais de dez anos depois da promulgação da Constituição, estarnos longe desses objetivos. Na realidade, há mais de três décadas, todas as correntes de opinião repetem as denúncias da "falta de recursos financeiros, dos baixos salários, da deterioração dos equipamentos e dos serviços como um todo" (...) como os dizeres de uma ladainha que se repete cotidianamente nos cânticos dos devotos (...). (2)

Apesar do barulho dessa ladainha, amplificada pelo sensacionalismo e cumplicidade com interesses mercantilistas da maioria da mídia, pipocam há mais de vinte anos, em todo o país, iniciativas de mudança, esforços de transformação dos textos constitucionais e legais em realidades vivas.(3) Essas iniciativas e esforços tiveram sucesso em maior ou menor grau, lograram durabilidade variável (entre outras razões por serem, na esmagadora maioria, de âmbito municipal), mas demonstraram, sem exceção, que é possível reorganizar profundamente a assistência à saúde no nosso país. Demonstraram que os dizeres constitucionais não são devaneios, mas pontos de apoio e guias confiáveis para as mudanças necessárias.

### Uma história recente

Uma dessas iniciativas é o *programa de saúde da família* (PSF), fruto da combinação de dois programas incentivados pelo ministério da Saúde, o que lhe deu nome (iniciado em 1994 e expandido a partir de 1995) e o de agentes comunitários de saúde (PACS, de 1991). Implantado primeiro em cidades pequenas, situadas em áreas de baixa densidade populacional, onde a regra é a escassez de serviços e profissionais de saúde, e que apresentavam uma morbimortalidade mais próxima da que caracteriza os países do "terceiro mundo" (alta mortalidade infantil e materna, predomínio das enfermidades transmissíveis, baixa esperança de vida ao nascer), o PSF apresentou resultados extraordinários (4). Em alguns municípios



do Ceará, Pernambuco e Minas Gerais, a mortalidade infantil reduziu-se à metade, e continua a diminuir. Reduziram-se as internações hospitalares por desidratação, aumentou a aderência de pacientes de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase aos tratamentos prescritos. As ações de educação para a saúde, há tanto tempo preconizadas, começaram a dar frutos: aumentou o número de gestantes que completavam seis ou mais consultas de pré-natal, elevou-se a cobertura vacinal e a porcentagem de mães que amamentam seus filhos por mais de quatro meses.

A única grande cidade pioneira nesse programa, Niterói (RJ), também apresentou nas áreas de implantação resultados excelentes. Importante ressaltar que, nessa cidade, sede de uma universidade federal e vizinha do Rio de Janeiro, a cultura da busca espontânea de cuidados nos serviços que, alegadamente, incorporam tecnologia de ponta, cedeu lugar ao apreço pela modalidade assistencial que assegura a reconstrução da relação de confiança médico-paciente (e mais amplamente, equipe de saúde-comunidade), a continuidade e humanização dos cuidados.

Mesmo tendo se espalhado por dezenas de cidades do Nordeste, de Minas, e chegado à periferia de capitais como Porto Alegre, Recife e São Luís, o programa de saúde da família continua a ser visto apenas como mais um programa, limitado, *bom para os pobres e pobre como eles*. As razões dessa dificuldade são múltiplas, (5) mas uma tem um peso decisivo: o PSF ainda não passou por uma prova de fogo no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte e São Paulo, as grandes megalopóles brasileiras, caixas de ressonância ouvidas em todos os rincões de nosso imenso e diverso país.

Não é que o PSF seja desconhecido em São Paulo. Em 1996 ele desembarcou no distrito de Itaquera, fruto de um convênio que reuniu o ministério da Saúde (então dirigido pelo professor Adib Jatene), a secretaria estadual e o hospital Santa Marcelina. Desde então, constituiu 40 equipes, formadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, responsáveis cada equipe por 800 a 1000 famílias, divididas em microáreas, cada uma com 150 a 200 famílias, confiada a um agente comunitário. O PSF de Itaquera intuiu que a batalha em São Paulo seria travada no terreno da qualidade da atenção, e nomeou-se QUALIS (Qualidade Integral à Saúde). Hoje, é responsável por mais de 120 000 pessoas. Suas equipes resolvem 95% dos problemas de saúde da população adscrita, encaminhando para serviços especializados e hospitais menos de 5% dos pacientes atendidos. Esses paulistanos são tão favoráveis ao programa que "contaminam" os



moradores dos bairros vizinhos, levando-os a reivindicar a inclusão no QUALIS. (6)

A maioria dos municípios brasileiros tem menos de 80 000 habitantes. Mas para uma cidade de dez milhões de almas, esse número é pouco mais que uma gota d'água no oceano.

Convencido da potencialidade do PSF, tanto para melhorar de imediato as condições da assistência como para constituir-se em estratégia de mudança do modelo assistencial e de implantação efetiva do SUS, o professor Adib Jatene procurou em 1997 o governador Mário Covas e o secretário José da Silva Guedes, propondo a expansão do QUALIS para novas áreas da cidade. Tanto o governador como o secretário conheciam, pessoalmente, os resultados alcançados em Itaquera. Decidiram expandir o programa. O secretário sugeriu as áreas da Zona Norte e do Parque São Lucas, onde havia, respectivamente, uma unidade construída e reformada duas vezes, que jamais havia funcionado e outra em fase de conclusão, depois de oito anos de interrupção das obras. Foi redefinido o uso previsto para aqueles prédios, que passaram a abrigar ambulatorios de especialidades e equipes de saúde da família, "sedes" dos programas para os bairros circunvizinhos à Vila Nova Cachoeirinha (Zona Norte) e Parque São Lucas (Zona Sudeste), ao qual se agregou o distrito de Sapopemba, o mais populoso e problemático da cidade. (7) Em novembro daquele ano foi celebrado acordo com a Fundação E. J. Zerbini, designada gerenciadora do programa, e no dia 18 de fevereiro de 1998 foram inauguradas as Unidades de Saúde "Vila Espanhola" (ZN) e "Jardim Guairacá" (ZS). Até o momento são 41 equipes de saúde da família, até agosto do corrente ano serão 61. O QUALIS / PSF, implantado nos distritos de Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia, Freguesia do Ó, Parque São Lucas e Sapopemba, e o QUALIS / Itaquera, juntos, atenderão cerca de 400 mil paulistanos. Cabe registrar uma diferença: o QUALIS iniciado em 1998 decidiu ampliar a cobertura de suas equipes para 1200 famílias, levando em consideração o tamanho médio da família paulistana de baixa e média renda hoje, que varia entre 3,7 e 4,3 membros por família.

### **Enfrentando o desafio**

A implantação do QUALIS / PSF começou por onde deveriam ter início todas as iniciativas de renovar nosso sistema de saúde: pela mobilização da comunidade. Cada um dos bairros, conjuntos habitacionais e favelas teve a oportunidade de reunir seus moradores, de conhecer detalhadamente as propostas, de debate-las

com os técnicos responsáveis pela construção do programa. E cada técnico teve a oportunidade de conhecer a história daquelas comunidades, suas formas de convivência e organização, a hierarquia de seus problemas estabelecida por quem os sofre, as suas aspirações e frustrações.

As raízes do QUALIS / PSF estão plantadas nesse solo de participação. É a partir dessas raízes que floresce uma relação de respeito entre médicos, enfermeiras e agentes comunitários. É a partir delas que melhor se compreende a cultura sanitária predominante na população, fruto da acumulação acrítica de saberes julgados científicos no passado, mas também resultantes de esforços ingentes para sobreviver em meio a toda sorte de privações e adversidades. Conhecer o que há de útil e eficaz no saber da população foi uma decorrência natural desses contatos, bem como o afã de legitimar cientificamente aquelas práticas que dão resultado, mas não são reconhecidas. Essa é uma das características diferenciais do PSF paulistano em implantação.

A busca da qualidade é inseparável do conceito-chave da integralidade da assistência. E a integralidade requer o suporte de serviços ambulatoriais especializados, a retaguarda laboratorial e a inclusão dos cuidados nas áreas da saúde mental, bucal e do parto. Os responsáveis pelos programas de Cabo de Santo Agostinho (Pernambuco) e do QUALIS / Itaquera (8) enfatizaram a necessidade de uma abordagem holística dos problemas dos pacientes, que se coadune com o propósito do PSF de olhar o enfermo no contexto familiar e social em que vive. Não faz sentido persistir na visão reducionista que separa os problemas "orgânicos" dos "psíquicos", ficando os últimos a cargo de psiquiatras e/ou psicólogos ou, pior ainda, das sobrevivências do ineficaz e nocivo modelo manicomial (9). O mesmo pode ser dito a respeito da problemática da saúde bucal, sobre a qual a velha saúde pública agia apenas mediante práticas preventivas fragmentadas e o uso intensivo do boticão. Já a separação entre o pré-natal, o parto e os cuidados à mãe e à criança nos pós-parto mantinham as gestantes sujeitas à desumanização e medicalização do parto, traduzida em porcentagens de cesárea que beiravam os 50%, e excluía as primeiras horas de vida do recém-nascido dos cuidados capazes de reduzir a elevada mortalidade neonatal precoce.

Gastão Wagner de Souza Campos, em texto de 1992 (10) propõe que "o desenho da rede brasileira de primeiro atendimento deveria inspirar-se mais nas noções dos defensores da integração sanitária do que em experiências como a da Inglaterra ou de Cuba."

Três anos antes, Gastão apontava "duas tarefas principais" para a rede básica de serviços: "prover o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e concomitantemente desenvolver ações de saúde pública." Agregava que as duas tarefas deviam "ser organizadas de forma integrada." (11) De certa forma, Gastão retoma a história dos Centros de Saúde, desenvolvidos no início do século nos Estados Unidos e que também buscavam a integração entre cura e prevenção (12). Essa é a diretriz do QUALIS / PSF quando incorpora as áreas acima mencionadas e se desenvolve articulado à assistência ambulatorial especializada, buscando também a integração com hospitais de retaguarda e até organizando serviços "híbridos", como a Casa de Parto de Sapopemba, inaugurada em setembro de 1998. (13).

Perseguir a qualidade requer qualificar e manter atualizados médicos, enfermeiras, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – enfim, todos os profissionais da equipe de saúde. Uma dificuldade adicional surge quando verificamos que, no Brasil (como, de resto, em muitos países da América Latina, ) não formamos, de forma regular e sistemática, nem médicos de família, nem clínicos gerais (14), (15), (16). Alguns, considerando insuperável essa dificuldade, preferem pensar equipes com médicos pediatra, ginecologista/obstetra e clínico (17). Outros propõem modalidades de formação longas e dispendiosas (18).

O QUALIS / PSF moldou seu programa de capacitação com o duplo propósito de proporcionar a médicos e enfermeiras uma revisão e atualização dos conhecimentos técnicos e científicos, com quatro meses de duração e carga horária semanal de concentração de oito horas e um programa de educação continuada, realizada com todos os integrantes da equipe, a partir da experiência concreta da atenção. A educação continuada, não estando centrada na aquisição de conhecimentos e habilidades técnico-científicas de última geração, pode debruçar-se sobre as questões do trabalho em equipe, do aprendizado mútuo, do relacionamento com a comunidade e da extração de leite das pedras: como buscar obstinadamente melhorar as condições de vida e saúde de grupos sociais que vivem com tão pouco e tão mal. (19).

O programa de capacitação dos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem busca formar uma compreensão da história da saúde no Brasil, das concepções que, ao longo do tempo, foram se enfrentando e prevaleceram, vinculadas aos diversos momentos de desenvolvimento de nossa sociedade. A partir do estudo do processo da chamada *reforma sanitária brasileira* e de seu resultado maior, os

quatro artigos que compõem o "capítulo" saúde em nossa Constituição Federal, conhecem a controvérsia acerca dos "modelos assistenciais" e chegam ao exame da situação atual e da proposta do PSF.

O QUALIS / PSF entende que há dois conceitos essenciais para o entendimento do programa: o de *grupo* e o de *território*. Ao buscar evitar qualquer enfoque medicalizante, psicologizante ou sociologizante da família e de seus problemas, o programa propõe a formação ou o fortalecimento de organizações e entidades que efetivamente existam na comunidade, não recortadas por patologias (grupos de hipertensos, de diabéticos, de idosos, de tóxico-dependentes) ou situações especiais (grupos de gestantes, de mães, de adolescentes). Não é que esses grupos deixem de ser formados: eles o são, na prática cotidiana e submetidos à lógica do atendimento, da consulta (seja médica, de enfermagem etc), no âmbito das unidades de saúde. E são grupos muito úteis. O que não se deseja é *inventar* formas de organização social inspiradas nos recortes já citados, artificiais. O programa, e sobretudo os agentes comunitários, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela de sociedade agrupada num determinado *território*, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população, com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações.

É impossível conceber o êxito do trabalho do QUALIS / PSF sem recorrer à organização da comunidade moradora de um território. As tremendas condições de existência que foram se consolidando na cidade de São Paulo (mas que estão longe de serem exclusivas dela), agravadas pelo desemprego e ausência ou precariedade dos serviços públicos e pela conseqüente desagregação social (que atinge intensidade inimaginável e se reveste das formas mais terríveis e violentas), tendem a invalidar todo esforço que se pretenda simplesmente "técnico" e tenha natureza reducionista (os tais enfoques médico, psicológico, sociológico, ou misturas deles, com ou sem o aditivo da "focalização"). Como ajudar uma mãe viciada em crack a cuidar de seu filho recém-nascido, se a família não tem renda de espécie alguma e a mamadeira do bebê foi catada no lixo, devendo a água ser fervida e essa mamadeira esterilizada numa única panela torta? Um homem de mais de sessenta anos, vitimado por um acidente vascular cerebral (AVC) fica dias num leito de hospital, tem alta sem falar e sem conseguir se mexer, com uma escara de decúbito enorme, e mora com sua mulher também sessentona, também vítima de AVC, num barraco de favela, sem renda alguma: como manejá-lo? Pessoas há que estão trancafiadas em casas pobres há anos, rotuladas de

loucas, tomando psicotrópicos renovados trimestralmente, mediante solicitação de parentes. Propor que saiam de suas casas é propor que sejam levados a ambulatórios e depois a internações psiquiátricas, de onde voltarão mais debilitados e mais "desligados", candidatos a novas restrições impostas por suas famílias. Como lidar com isso?

Somente um enérgico trabalho que seja ao mesmo tempo assistencial (estilo madre Teresa de Calcutá, costumamos dizer) e incentivador da organização popular, do cultivo de uma nova sociabilidade, do combate feroz à filosofia de vida competitiva e individualista de nosso capitalismo selvagem "modernizado" (neoliberal), estimulador de uma atitude ativa, reivindicatória mas de "tomar as rédeas do destino em suas próprias mãos", só esse trabalho é capaz de criar as redes ou nichos de solidariedade que viabilizam as intervenções das equipes.

Nada disso é fácil de transmitir, de discutir, de se entranhar nos corações e mentes de nossos profissionais de nível superior, de nossos auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene dentária, escriturários, e mesmo dos agentes comunitários. O "caldo de cultura" dominante gera sem cessar "heróis" muito diferentes, ou apresenta os que se empenham num trabalho semelhante ao que propomos com tais qualidades, renúncias e sofrimentos, que quem os vê logo de julga incapaz de segui-los, por não serem "santos". Afinal, madre Teresa de Calcutá não há muitas, e misturas dela com Ché Guevara então, nem é bom falar...

É por esta razão que valorizamos tanto os resultados que obtemos. Todos os três casos citados são reais (como é real a descoberta, por uma agente, de uma gestante escrava de uma indústria de confecções na Zona Norte, ou o caso do menino que dormia numa casa de cachorro, ou o da família de 23 pessoas que vivia em dois cômodos e tinha três adultos tuberculosos...), e todos foram solucionados: a mãe que usava crack passou à maconha e está hoje *de cara limpa* (no jargão do mundo das drogas, isso quer dizer que ela não usa nenhuma), tem mamadeiras e panelas e seu filho vai bem. O homem com a escara já a tem quase fechada. Todos os que viviam presos em suas casas saem, passeiam, freqüentam oficinas e caminhadas, e por aí vai. Tudo isso foi conseguido com o envolvimento dos agentes, dos profissionais de nível superior e da vizinhança. Gostamos de dizer e repetir: em célebre entrevista, o então presidente da República João Figueiredo, perguntado o que faria se tivesse de viver com o salário mínimo, respondeu que daria um tiro na cabeça. Mas o povo consegue viver em renda, e os que ganham um

salário mínimo ainda se sentem capazes de socorrer um parente, um amigo, um vizinho. Temos o que aprender com eles.

Nossos programas de saúde da família se limitam a utilizar os serviços ambulatoriais especializados, de retaguarda. Mas não estabeleceram com eles relações *orgânicas*, o que explica a ausência de uma literatura sobre o relacionamento entre médicos especialistas e profissionais de saúde da família. No QUALIS / PSF um elemento central da procura da qualidade é a construção desse relacionamento. Ele se dá, primordialmente, no cotidiano do atendimento. Especialistas recebem pacientes encaminhados por membros da equipe de saúde da família, discutem o mérito do encaminhamento, o caso em si, a conduta a ser seguida. Essa discussão pode ser pessoal, telefônica ou através dos papéis que materializam as relações ditas de *referência e contra-referência*. Mas o relacionamento prossegue de outras formas, no estudo conjunto de normas de conduta para os integrantes da equipe: o que cabe a cada um, quando acionar o outro, quando mandar o paciente ao hospital ou até diretamente à UTI. Não são apenas os médicos de família que ajudam a qualificar os agentes comunitários: especialistas também dão aulas, são confrontados com perguntas e experiências. Especialistas, médicos e enfermeiras de família, integrantes da coordenação do QUALIS / PSF discutem normas técnicas que devem ser publicadas em série especial (*Cadernos QUALIS*) ou servir à educação sanitária da população ("santinhos" inspirados nos folhetos de divulgação das igrejas, notadamente as evangélicas).

### O custo do QUALIS

Quanto deverá custar o QUALIS / PSF, quando atingir aquilo que os pilotos chamam "velocidade de cruzeiro"? R\$ 63,60 per capita/ ano. É menos que os R\$ 120,00 que custava, oficialmente, o PAS da prefeitura de São Paulo. É bem mais que os R\$ 10,00 que vale, hoje, o Piso Assistencial Básico (PAB) transferido pelo ministério da Saúde às prefeituras de todo o país. Mas o PAB (1) destina-se apenas ao custeio da atenção básica, e o QUALIS / PSF oferece cuidados ambulatoriais especializados, saúde mental, saúde bucal, partos e (2) o SUS deve ser custeado com recursos das três esferas de governo, federal, estadual e municipal.

Quanto o SUS deixará de gastar com internações hospitalares tardias e desnecessárias? Quanto o SUS poderá destinar a aliviar os sofrimentos dos que esperam anos, nas filas dos hospitais, pelas internações e cirurgias ditas "eletivas"? Quanto será economizado



com o aumento da porcentagem cura de tuberculosos, decorrente de maior aderência aos tratamentos prescritos? Quanto se deixa de gastar se hipertensos, diabéticos, sobreviventes de um primeiro infarto forem melhor controlados? Quanto se economiza com o controle dos asmáticos, com o tratamento domiciliar dos que adquirem pneumonias na comunidade?

O QUALIS / PSF é viável financeiramente, desde que as esferas federal, estadual e municipal destinem o que devem e podem à saúde. E não custa recordar que *sedare dolorem opus divinum est* e que a vida humana, felizmente, ainda não tem preço de mercado.

#### Referências bibliográficas e notas

- (1) REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.  
Constituição, 5 de outubro de 1998
- (2) CAMPOS, Gastão Wagner de S. A saúde pública em defesa da vida. São Paulo, HUCITEC, 1991 p.26
- (3) Entre outros, descrevem e analisam este processo os seguintes livros:  
NEVES, Gleise Eisler. Cambé e Bauru: dois casos de municipalização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, IBAM/CDM, 1986  
CAPISTRANO FILHO, David e PIMENTA, Aparecida Linhares. Saúde para todos, desafio ao município. São Paulo, HUCITEC, 1988 (segunda edição).  
ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Sistemas Locais de saúde em municípios de pequeno porte. A resposta de Icapuí. Fortaleza, Expressão Gráfica e Editora, 1992.  
SILVA, Sílvia Fernandes da. A construção do SUS a partir do município. São Paulo, HUCITEC, 1996.  
CAPISTRANO FILHO, David. Da saúde e das cidades. São Paulo, HUCITEC, 1995.  
GOULART, Flávio A. de Andrade. Municipalização: veredas e caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, ABRASCO/CONASEMS, 1996.  
CAMPOS, Florianita Coelho B. e HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P. Contra a maré à beira-mar A experiência do SUS em Santos. São Paulo, HUCITEC, 1997 (segunda edição).

- (4) BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos Saúde da Família, v. 1 número 1. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
- (5) BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- (6) SANTOS, Rosa Maria Barros dos. Comunicação pessoal, 1997.
- (7) SPOSATI, Aldaíza de Oliveira e cols. Mapa da Exclusão/Inclusão Social na cidade São Paulo. São Paulo, EDUC, 1996.
- (8) SANTOS, Rosa Maria Barros dos e FONSECA, Cláudio Duarte. Comunicações pessoais. A Dra. Rosa Maria é coordenadora do QUALIS Itaquera, o Dr. Cláudio foi secretário municipal de saúde de Cabo de Santo Agostinho (PE) até fins de 1998.
- (9) ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de, MAURI, Diana, DE RISIO, C. Desinstitucionalização. São Paulo, HUCITEC, 1990.
- (10) CAMPOS, Gastão Wagner de S. Reforma da Reforma. São Paulo, HUCITEC, 1992, pp. 148-150.
- (11) CAMPOS, Gastão Wagner de S., MERHY, Emerson Elias, NUNES, Everardo Duarte. Planejamento sem normas. São Paulo, HUCITEC, 1989, pp. 56-60.
- (12) ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro, Edições Graal Ltda., 1980. Ver todo o capítulo XIV, 371-401.
- (13) A Casa de Parto é um serviço que tem história no Brasil, desde o trabalho do professor Galba Araújo, em Fortaleza, até a experiência da favela Monte Azul, em São Paulo.
- (14) HAQ, Cynthia, VENTRES, William, HUNT, Vincent, MULL, Dennis, THOMPSON, Robert, RIVO, Marc y JOHNSON, Philip. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Washington, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 120(1), 1996.
- (15) Para o estudo das diferenças entre médicos de família e "el antiguo médico clínico", ver GALPERIN,



Jorge. Los cuidados de la salud y la posición estratégica del médico de familia. Revista de Prevención Salud y Sociedad, número 1, 1988.

- (16) Para a compreensão das mudanças no padrão de morbi-mortalidade brasileiros, acentuadas nas duas últimas décadas, que impõem modificações na formação dos médicos e outros profissionais de saúde, ver MONTEIRO, Carlos Augusto. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo, HUCITEC/NUPENS/USP, 1995.
- (17) Ver, a respeito, op.cit. no item (10), particularmente pp. 152- 153.
- (18) Incluo entre estes o programa de formação de médicos gerais comunitários do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, e as propostas preliminares formuladas por José Paranaguá de Santana do debate realizado no âmbito da Secretaria Executiva e da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em julho de 1996.
- (19) Ver, a respeito, "Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde", de CAMPOS, Gastão Wagner de S., in MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo, HUCITEC e Lugar Editorial, 1997. O autor advoga "uma profunda reforma das instituições de saúde com o objetivo de alterar o relacionamento entre agentes produtores e a população dependente de serviços de saúde. Não somente discursos sobre ética e exortações, mas novos arranjos organizacionais, novos padrões de compromisso e nova definição dos campos de competências e de responsabilidade para os profissionais de saúde." Termina enfático: "Entretanto, não há como fugir ao tema: a degradação moral do trabalho em saúde deve ser enfrentada e derrotada."

## O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO PAULO

David Capistrano Filho

Em abril de 1996 começou a funcionar em São Paulo, maior cidade do Brasil, uma nova forma de organização da assistência à saúde que já dava bons frutos em outras localidades do país, resultante da combinação de dois programas incentivados pelo ministério da Saúde e conhecidos pelas siglas PSF e PACS. Eram os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, testados com êxito em cidades do Nordeste, como Icapui e Quixadá (ambas no Ceará), Camaragibe e Olinda (Pernambuco), além de cidades mineiras e de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

Nessas e em outras dezenas de cidades pequenas e médias o programa havia reduzido a mortalidade infantil, especialmente a sua fração tardia, as internações hospitalares de crianças e adultos, havia melhorado a aderência de hipertensos, diabéticos, tuberculosos e doentes de hanseníase aos tratamentos prescritos, além de alcançar resultados sempre desejados mas dificilmente atingidos em termos de mudanças de atitudes e hábitos, resultantes de ações de educação para a saúde.

Há que ressaltar a opinião das populações abrangidas pelos programas de saúde da família sobre a nova modalidade assistencial, sempre muito positiva. Assim, somava-se ao chamado *impacto epidemiológico* uma aceitação entusiástica da comunidade e também um baixo custo de funcionamento, resultante sobretudo da alta porcentagem de queixas ou problemas resolvidos pela própria equipe de saúde da família, sempre superior a 80%.

As equipes de saúde da família, geralmente formadas por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, responsabilizavam-se por uma clientela fixa, *adscrita*, de cerca de mil famílias, divididas em grupos de 150 a 200 famílias, agrupadas em microáreas onde trabalhava um agente comunitário. Dos agentes exige-se apenas que saibam ler e escrever, disponham-se a trabalhar 40 horas por semana e residam na *sua* microárea. Os demais profissionais também são contratados com a mesma carga horária e devem, pelo menos, morar no município.

Essas equipes têm como função o desenvolvimento das chamadas ações básicas de saúde (vacinação, acompanhamento pré-natal e de puericultura, controle das enfermidades mais frequentes naquela população, iniciativas de educação para a saúde, de identificação e correção de problemas ambientais graves – coleta e remoção do lixo, afastamento dos dejetos das proximidades das casas, provimento de água potável), que incluem também o atendimento daquilo que costumamos definir como *demanda espontânea* aos serviços, as queixas correntes de gripes e resfriados, tosse, dores diversas, febre, enfim, a variada morfologia dos mal-estares humanos.

A ambição dos programas de saúde da família não era pequena. Tratava-se de alcançar a meta da *integração dos serviços*, finalmente reunindo as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no âmbito da mesma iniciativa. Buscou-se superar a velha separação entre promoção/prevenção, a cargo de instituições da saúde pública (centros de saúde) e diagnóstico/tratamento/reabilitação, a cargo de ambulatórios (como os velhos PAMs do extinto INAMPS, existentes no Rio, em São Paulo, capitais e cidades maiores), dos hospitais e da rede privada, contratada ou não pelos órgãos públicos, e sobretudo – em se tratando da imensa maioria dos brasileiros, desprovidos de renda para usar os serviços privados ou da cobertura dos melhores planos de saúde – dos pronto-socorros e pronto-atendimentos espalhados na vastidão de nosso país-continente.

A crítica da má qualidade, da descontinuidade e do caráter meramente sintomático desse atendimento já foi feita há muito tempo, nos meios especializados. Menos comum é o esforço para explicar à população os malefícios dessa “cultura do pronto atendimento”. Um exemplo do esforço oposto, no qual foram investidos recursos vultosos e que não recebeu reparos significativos da mídia, foi a “venda” do PAS como solução para os problemas de saúde dos paulistanos. A crítica centrou-se nas questões de viabilidade financeira, de legalidade e – mais recentemente – da vulnerabilidade do PAS a toda sorte de fraudes e bandalheiras. Mas pior que tudo isso é o dano causado ao desenvolvimento de uma nova cultura sanitária, baseada na prioridade à prevenção, na noção dos cuidados progressivos, nas idéias de humanização da atenção, da universalidade do acesso e da integralidade da assistência.

A grande interrogação, que começou a ser respondida em 1996, quando o programa de saúde da família chegou em São Paulo, mais precisamente em Itaquera, adotando o nome de Projeto QUALIS (Qualidade Integral à Saúde), foi a sua adequação a uma realidade muito distinta da maioria dos lugares onde o programa foi testado. Aqui, como aliás em Niterói, há oferta abundante de serviços de saúde, de profissionais como médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais. Aqui se sedimentou, há muito, uma cultura de busca de cuidados especializados, servidos por toda uma parafernália técnica. Embora a massa da população tenha acesso difícil a esses serviços, ela os busca incessantemente, aguarda pacientemente nos pronto-socorros (e acaba sendo "vista" por um médico...), busca matricular-se nos gigantescos ambulatórios do Hospital das Clínicas, do Hospital São Paulo, da Santa Casa...

Com todas essas diferenças, daria para implantar o PSF em São Paulo? E com que médicos, já que aqui os ex-alunos das quase vinte faculdades de medicina conseguem emprego (melhor é dizer *empregos*) como especialistas, não havendo formação de "médicos gerais comunitários", como no Rio Grande do Sul, nem de médicos de família, ou mesmo de clínicos gerais, em número significativo?

Contra fatos não há argumentos. A realidade é que o QUALIS Itaquera funciona, tem 30 equipes em atividade, que resolvem 95% dos problemas da população de suas áreas, encaminhando menos de 5% para outros níveis de atenção. A realidade é que a população dessas áreas está satisfeita, "contaminando" a população das áreas vizinhas, que pressionam pela expansão do programa para seus bairros.

O exemplo vitorioso do QUALIS Itaquera levou seu maior entusiasta, o professor Adib Jatene, a pleitear junto ao governador Mário Covas e ao secretário estadual de saúde, professor José da Silva Guedes, a expansão do programa para novas regiões da cidade. Desde fevereiro deste ano funcionam, na Zona Norte (Vila Nova Cachoeirinha, Vila Espanhola e bairros vizinhos) e na Sudeste (Parque São Lucas, Sapopemba), equipes de saúde da família. Em abril, já serão 27 e até agosto, 62. Como aperfeiçoamentos em relação à experiência de Itaquera, o QUALIS/PSF traz o funcionamento de dois bons ambulatórios de especialidades, retaguarda para os 250 mil paulistanos que serão inscritos nas duas zonas e para outros 300 mil que ainda terão de aguardar a expansão futura do programa e as ações de saúde bucal.

Os processos seletivos abertos atraíram mais de 150 candidatos a médicos de família, mais de 600 enfermeiros, mais de 160 odontólogos, mais de 2 000 auxiliares de enfermagem, além de pessoal para as funções administrativas, de limpeza e técnicas especializadas (técnicos de RX, de gesso, de espirometria, auxiliares de consultório dentário, técnicos em higiene dental etc). Novas atividades já programadas, como saúde mental e um amplo programa de fitoterapia, requererão outros profissionais.

O QUALIS/PSF está investindo seriamente na formação de seus funcionários. Um curso de reciclagem, para médicos e enfermeiras, assegura oito horas semanais de aulas e debates, que se ampliam com o convívio e as discussões no dia-a-dia, envolvendo os especialistas dos ambulatórios, os médicos e enfermeiras de família, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Médicos e enfermeiras ministram cursos de capacitação para os agentes e auxiliares. Livros, separatas de artigos científicos, revistas, são postos à disposição dos profissionais, ajudando a criar um clima de estudo, de busca dos meios de prestar cuidados de qualidade aos usuários e de realização pessoal e profissional de todos os integrantes da equipe.

O programa de saúde da família, em sua versão adaptada à realidade de São Paulo e de outras metrópoles e grandes cidades, é viável dos pontos de vista técnico, organizativo e financeiro. Em velocidade de cruzeiro, seu custo anual per capita deverá estar por volta de R\$ 50,00 (o PAS custa R\$ 120,00 per capita ano). Não sendo mais, apenas, um programa de atenção básica estrito senso, por prever o nível da atenção ambulatorial especializada e as ações de saúde mental e bucal, o programa pode perfeitamente ser financiado com os recursos que as esferas de governo federal, estadual e municipal devem destinar ao Sistema Único de Saúde (SUS). A médio prazo, a expansão desse programa vai se refletir na redução de internações hospitalares decorrentes da inexistência, má qualidade e baixa resolutividade da atenção básica e ambulatorial especializada. Essa redução das internações (sabidamente muito mais custosas que as ações preventivas, básicas ou ambulatoriais) compensará com folga o incremento daquelas internações que hoje constituem demanda reprimida e fonte de sofrimento para um grande número de pacientes, reunidas no conceito de internações "eletivas" ou que sequer chegam às portas dos serviços.

O programa de saúde da família não é, em absoluto, mais uma modalidade de atenção básica, uma forma de enganar os cidadãos, oferecendo-lhes "serviços pobres para pobres". É toda uma *estratégia* de reorganização da assistência, que busca tornar realidade os preceitos constitucionais de direito à saúde, de acesso universal aos serviços, de participação dos cidadãos no planejamento e gestão dessa rede de instituições de saúde, de integralidade dos cuidados. O programa de saúde da família, *last but not least*, busca concretizar os sonhos da integração prevenção/cura, com prioridade à prevenção e de humanização dos serviços de saúde.

David Capistrano Filho, 49, é médico especialista em Saúde Pública. Foi secretário municipal de saúde em Bauru (1 984 - 1 986) e Santos (1 989 - 1992) e prefeito de Santos (1 993 - 1 996). Atualmente coordena o Programa de Saúde da Família (Programa QUALIS/PSF) nas zonas norte e sudeste de São Paulo.

**Anexo 13****QUESTIONÁRIO COORDENADOR NORTE – QUALIS II F. ZERBINI****Unidades:**

<b>NOME</b>	<b>ENDEREÇO</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>DIRETOR</b>	<b>N.EQUIPES</b>	<b>N.ACS</b>
US Vila Espanhola	Avenida João dos Santos Abreu, 650	6239-2959		03	15
US Dra. Ilza Hutzler	Rua Walfrido de Carvalho, s/n	3981-3127		05	25
US Dr. Augusto L A Galvão	Rua Joaquina Maria dos Santos, 198	3851-8235		05	25
US Penteado	Rua Urupeva, s/n	3851-8201		05	25
US Vila Ramos	Rua Vicente Jorge, 80A	3924-0208		04	20

**Nome da Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_**Número de Equipes de Saúde da Família:** \_\_\_\_\_**Há uma reunião para todas as equipes da Unidade?** ( ) Não

( ) Sim. Quando? \_\_\_\_\_

**Nome dos Integrantes das Equipes:**

	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enf.	Agente de Saúde	Mês / Ano implantação	Período da semana destinado à reunião da equipe (especificar dia da semana e horário)
<b><u>Equipe 1</u></b>						
<b><u>Equipe 2</u></b>						
<b><u>Equipe 3</u></b>						
<b><u>Equipe 4</u></b>						
<b><u>Equipe 5</u></b>						

**Número total de famílias assistidas:** \_\_\_\_\_**Número total de famílias com diabetes:** \_\_\_\_\_**Número total de famílias com hipertensão arterial:** \_\_\_\_\_



**Nome:** \_\_\_\_\_

**Nome da Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Número da Equipe:** \_\_\_\_\_

**Número total de famílias com diabetes:** \_\_\_\_\_

**Relação do número das famílias portadoras de diabetes:**

[illegible]

**Número total de famílias com hipertensão arterial:** \_\_\_\_\_

**Relação do número das famílias portadoras de hipertensão:**

[illegible]

## **ANEXO 16**

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_

**UNIDADE DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_

**EQUIPE:** \_\_\_\_\_

Esta folha servirá para você, Agente, controlar os envelopes das casas sorteadas. Peço que sejam cuidadosos com o preenchimento desta tabela, seguindo as seguintes instruções:

- Colocar um “X” no ato da entrega do envelope e no recebimento do mesmo.
- Se não receber no prazo combinado (e somente se isso acontecer), preencher o telefone e o endereço da família.

<b>Número da Família sorteada</b>	<b>Entregue</b>	<b>Recebido</b>	<b>Telefone</b>	<b>Endereço</b>

Os envelopes recebidos devem colocados dentro deste envelope maior, que deve ser grampeado em seguida.

Desde já, agradeço a atenção recebida,

Sandra Satiko Kuwada

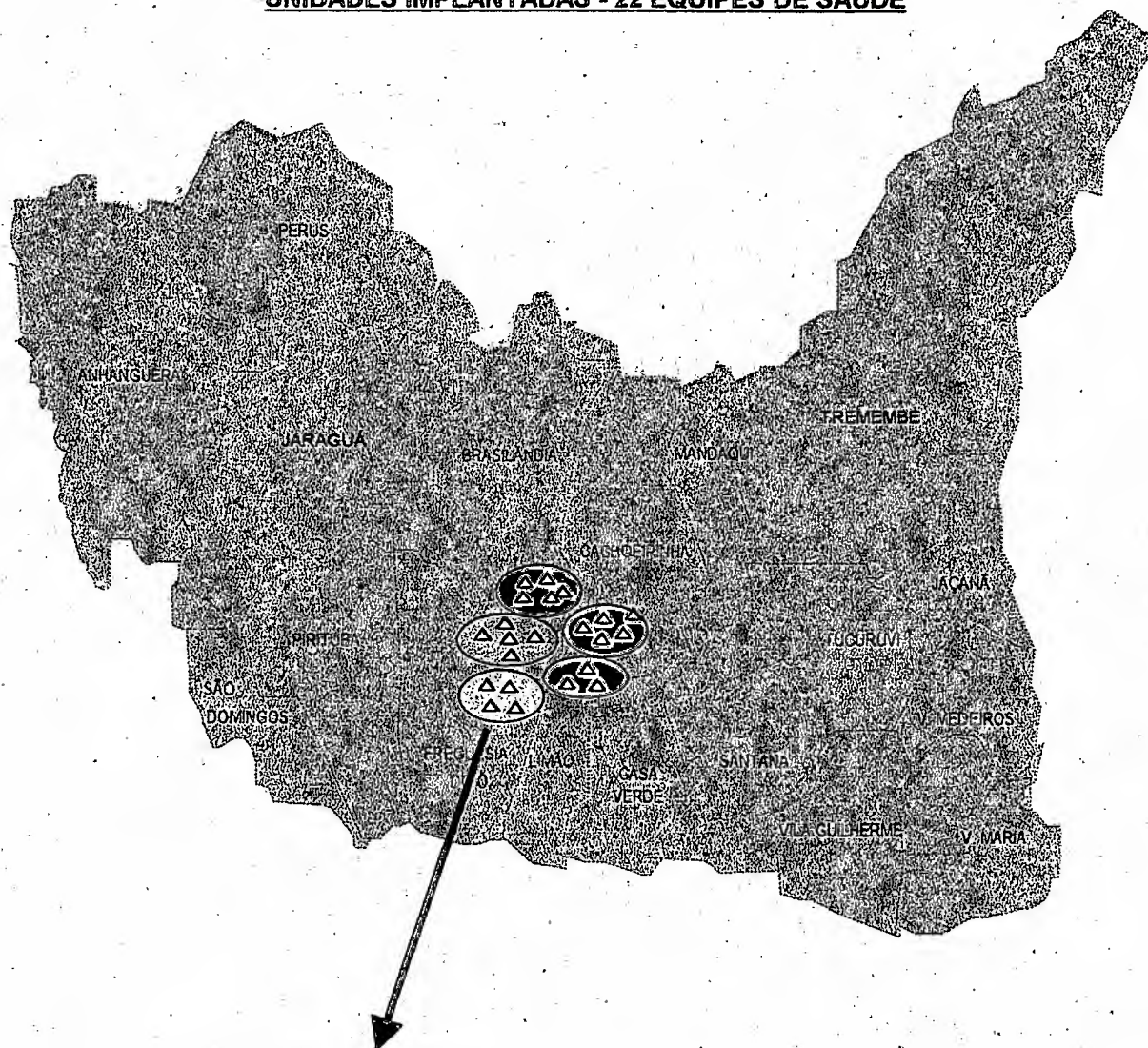




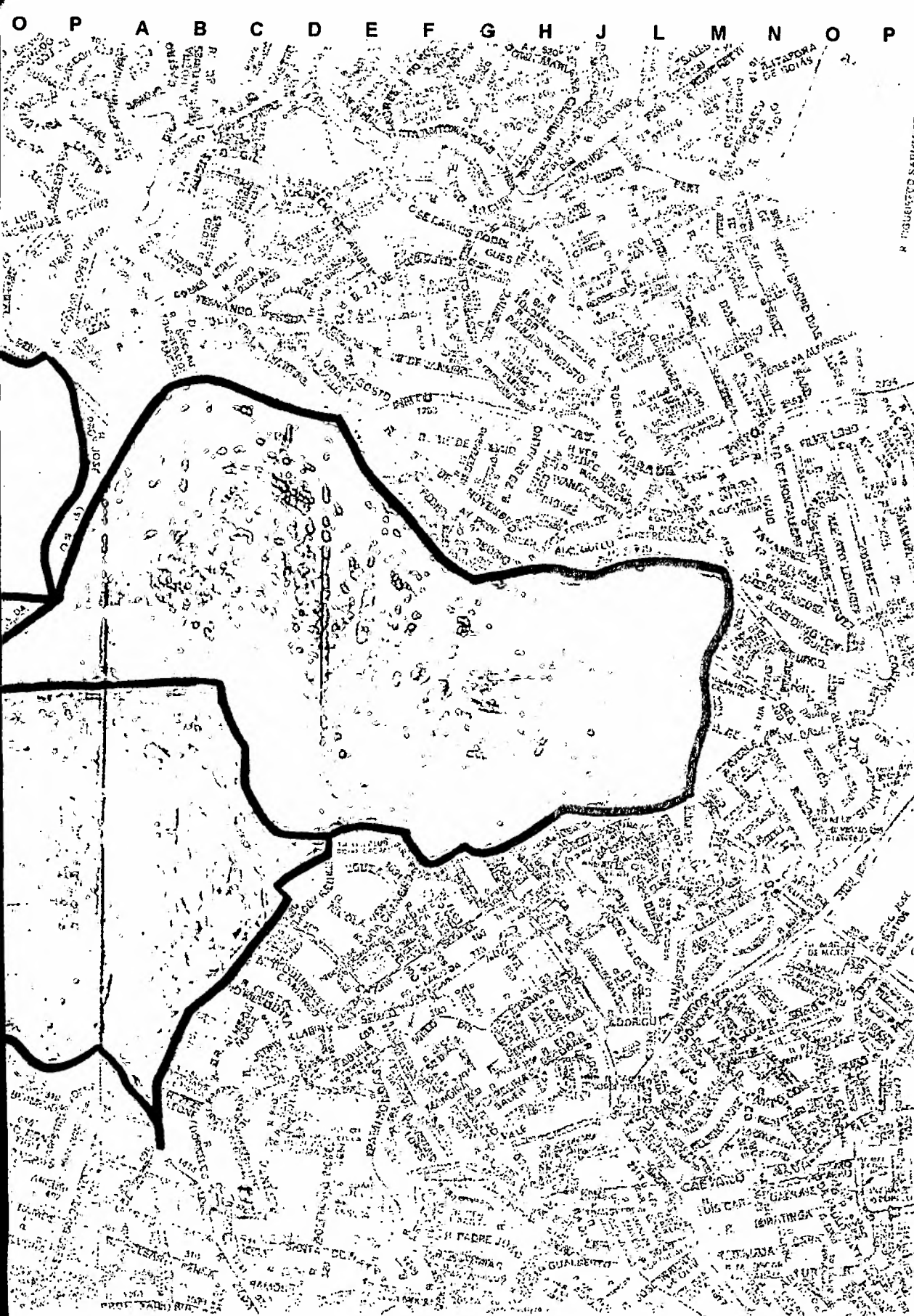
**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**QUALIS - FUNDAÇÃO ZERBINI**

**ZONA NORTE**

**UNIDADES IMPLANTADAS - 22 EQUIPES DE SAÚDE**



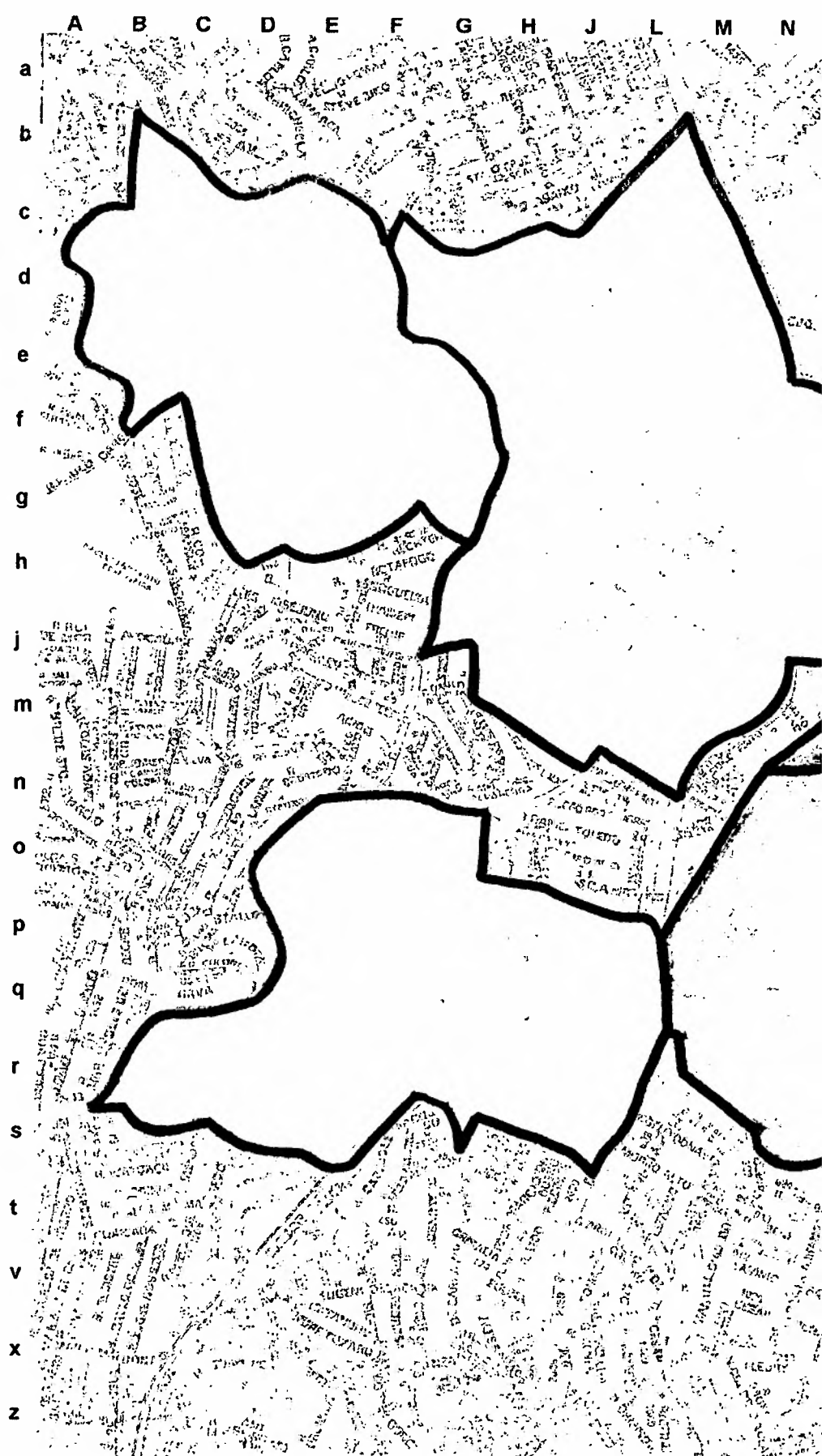
- ▲ Vila Espanhola c/especialidades - 14.661 pessoas
- ▲ Ilza W. Hutzler - 22.448 pessoas
- ▲ Vila Ramos - 16.777 pessoas
- ▲ Vila Penteado - 23.219 pessoas
- ▲ Vila Souza (ALA. Galvão) - 21.450 pessoas



Rua : Inajar de Souza, Av. - Bairro : V. Cachoeirinha  
 Página : 65 - Cep : 02716-000 - Localização : Cx

- |                          |                      |                          |                   |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | US Vila Penteadão    | <input type="checkbox"/> | US Vila Espanhola |
| <input type="checkbox"/> | US Dr. Aug. Galvão   | <input type="checkbox"/> | US Vila Ramos     |
| <input type="checkbox"/> | US Dra. Ilza Hutzler |                          |                   |





Rua : Inajar de Souza, Av. - Bairro : V. Cachoeirinha  
Página : 65 - Cep : 02716-000 - Localização : Cx

## **ANEXO 20**

**QUADRO 30:** DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL E NÚMERO DE MORADORES NA RESIDÊNCIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

Renda Mensal	Número de moradores na residência															Total
	0*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Não respondeu	-	2	11	5	4	1	2	3	2	-	-	-	-	1	-	31
Até 1 SM	-	9	16	17	8	9	5	5	3	-	1	1	-	-	-	74
De 1 a 2 SM	1	13	39	16	23	15	7	1	1	1	2	1	-	-	1	121
De 2 a 3 SM	1	2	21	11	10	9	5	2	2	1	-	-	-	-	-	64
De 3 a 5 SM	1	1	11	9	17	12	6	5	1	-	-	-	1	-	-	64
De 5 a 10 SM	2	-	4	6	5	6	2	-	3	-	-	-	1	-	-	29
+ 10 SM	-	1	-	3	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Total	5	28	102	67	68	53	29	16	12	2	3	2	2	1	1	391

\* O número "zero" especifica as famílias que deixaram de responder algum dos itens da composição da residência, impossibilitando a reconstrução dos residentes.

## **ANEXO 21**

**QUADRO 31: DESCRITIVO DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES DADAS ÀS PERGUNTAS “MUDOU MAIS ALGUMA COISA?” E “COMO AS COISAS MUDARAM?” QUANDO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

### **MUDOU MAIS ALGUMA COISA?**

Observações que fazem relação com a Unidade de Saúde:

Mudou o tratamento do posto. Procuram dar mais atenção.  
Boa orientação de toda a equipe.  
O agente vem na minha casa.  
Vou com mais frequência.  
Medir a pressão a cada 2 ou 3 dias.  
Minha pressão ficou baixa e a médica não passa mais remédio.  
Mudou tudo. Tratamento em conversar, em agir comigo na alimentação.

Observações que fazem relação com a percepção do auto-cuidado e/ou os cuidados do cotidiano:

Mudou porque me preocupo mais com a minha saúde.  
Passei a me preocupar com a minha alimentação.  
Melhorou a saúde atendendo as especificações médicas.  
O paciente evita doces.  
Ficar atento na dieta.  
Alimento das outras pessoas foi feito separado.  
Passei a tomar remédios diariamente.  
Aprendemos a conviver com a mãe.  
A família tem consciência da doença.  
Me senti mais segura.  
Descanso mais.  
Parei de beber.  
Horários passam a ser mais regulares.  
Não precisou tomar remédio.  
Mudou a vida da minha sogra.  
Meu pai mudou pouco. Meu filho mudou mais.  
Toda rotina da minha vida.  
Aumentou o nervoso e a preocupação da família.  
Procuro não me aborrecer, o que é impossível.  
Não posso comer sal.  
Ando sempre em tratamento  
Comecei a tomar remédio e não parei mais.  
Nesses 15 anos continuo com o remédio. Às vezes, melhora.

Outros pontos positivos:

Mudou para melhor.  
A saúde melhorou.

Outros pontos negativos:

O posto demora muito para atender – 4 meses depois.  
Continua igual.  
O paciente parou o tratamento e não procurou mais o médico.  
Vai ao médico e toma remédio só quando precisa.  
Fiquei obesa e ansiosa. Me decepcionei com o médico porque me mandou para o psiquiatra.  
Amputou a perna.  
Vista prejudicada.

### **COMO AS COISAS MUDARAM?**

Observações que fazem relação com a Unidade de Saúde:

Mudaram para melhor: cuidados médicos e remédios.  
Mudaram para melhor porque tenho a pressão controlada.  
Médica muito atenciosa.  
A partir do momento que passaram a assistir periodicamente.  
Acesso ao agente comunitário.  
Mudaram através dos agentes.  
Passei a ser orientado.  
Passei a frequentar a Unidade, orientaram para aplicar insulina e fazer caminhada.  
Participo do grupo, tenho recebido melhor orientação.  
Perdeu levemente a visão. Está acompanhada por médico, enfermeiro e agentes.

Observações que fazem relação com a percepção do auto-cuidado e/ou os cuidados do cotidiano:

Criei consciência. Cuido da minha pessoa.  
Conscientizei sobre a minha saúde.  
Fazendo sempre a prevenção para evitar o pior.  
Me sinto bem. Mudou para melhor.  
Mais vontade de viver.  
Controla a doença com frequência.  
Só no preparo da comida e remédio. Comida quase sem sal, café só com adoçante.  
No hábito de se alimentar.  
Tipo de preparo da comida.  
Tomando o remédio regularmente.  
Depois das caminhadas.  
Faço caminhada por minha conta. Estou bem, medindo a pressão.  
A preocupação com o paciente foi maior.  
Maior controle de todos com a saúde.  
Não pode deixar sozinha pelos problemas de saúde.  
Dedicação é muito maior. Tempo fica menor para outras coisas.

Atenção os remédios, refeições, locomoção e banhos.

Mudou ritmo de vida. Mexeu com a estrutura de todos.  
Médico fez recomendações.

Outros pontos positivos:

Emagreci e a qualidade de vida ficou melhor.  
Mudou para melhor (5 relatos).

Outros pontos negativos:

Mudou para pior (2 relatos).  
Mudou quando piorou muito.  
Filho não aceita a doença e todos sofrem muito.  
O paciente decidiu parar o tratamento.  
Sinto fraqueza na perna.  
Perdeu levemente a visão. Está acompanhada por médico, enfermeiro e agentes.

Outras observações:

Mudou muito.

As coisas mudaram muito depois que eu passei 17 dias na



## ANEXO 22

QUADRO 07: QUADRO DE AÇÕES CITADAS COMO IMPORTANTES PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

### **AÇÕES CITADAS COMO IMPORTANTES PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

Acompanha.	Dá assistência.	Incentivo familiar.
Aconselha.	Dá atenção.	Informa.
Ajuda em tudo.	Dá carinho.	Insiste para se tratar.
Ajuda a entender a doença.	Dá conselhos.	Interage com o paciente e a família.
Ajuda na conscientização.	Dá cuidado.	Lembra.
Ajuda a ir no posto.	Dá esclarecimentos.	Leva ao médico.
Ajuda na locomoção.	Dá esperança.	Manda.
Ajuda financeiramente.	Dá força.	Mantém o controle da situação.
Ajuda na alimentação.	Dá remédio que não faz mal.	Marca consulta.
Ajuda no acompanhamento médico.	Dá remédio.	Mede pressão.
Ajuda no controle alimentar.	Dialoga.	Medica.
Ajuda nos cuidados diários.	É especializado.	Mostra c/o a doença se desenvolve.
Ajuda nos remédios.	É paciente.	Mostra importância de se cuidar.
Ajuda tratar.	Encaminha para o médico certo.	Opina.
Alerta.	Ensina sobre a doença.	Orienta.
Apóia.	Esclarece.	Passa em casa.
Arruma lugar para fazer caminhada.	Escuta.	Pergunta.
Assiste constantemente.	Está atento à minha saúde.	Preza.
Atende.	Está sempre presente (qdo. preciso).	Respeita.
Auxilia na educação alimentar.	Evita alimentos "que fazem mal".	Sabe a situação.
Auxilia no tratamento.	Executa.	São profissionais.
Auxilia nos cuidados.	Explica.	Se dedica.
Beneficia cuidados no lar.	Fala da doença.	Se preocupa.
Busca remédios.	Fala de experiências próprias.	Se torna amigo.
Chama a atenção.	Faz exames de controle mensal.	Socorre quando precisa.
Chama o resgate.	Faz prevenção.	Tem conhecimento.
Cobra.	Faz relaxar.	Tem experiência na doença.
Compreende.	Faz sentir cuidado e protegido.	Trata bem.
Conscientiza.	Faz visitas.	Traz remédio.
Considera.	Fazendo amigos.	Troca idéia.
Controla.	Fica no pé para não esquecer o remédio.	Valoriza paciente.
Convence a se cuidar.	Gosta muito de mim. Só quer meu bem.	Vê a receita do remédio.
Conversa.	Incentiva.	Verifica remédio e consulta.
Cuida.		

## **ANEXO 23**

**QUADRO 12: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “MANDA OBEDECER” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	106	27,1%	189	48,3%	193	49,4%	152	38,9%
Nunca	22	5,6%	26	6,6%	25	6,4%	12	3,1%
Manda obedecer, mas não especifica frequência	3	0,8%	3	0,8%	2	0,5%	5	1,3%
Raramente	13	3,3%	12	3,1%	9	2,3%	5	1,3%
Às vezes	39	10,0%	32	8,2%	32	8,2%	20	5,1%
Geralmente	24	6,1%	27	6,9%	27	6,9%	13	3,3%
Sempre	184	47,1%	102	26,1%	103	26,3%	184	47,1%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 13: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “FAZ ELOGIOS QUANDO A GENTE SE CUIDA” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	24	24,0%	189	48,3%	192	49,1%	162	41,4%
Nunca	16	4,1%	26	6,6%	19	4,9%	14	3,6%
Faz elogios Quando se cuida, mas não especifica frequência	8	2,0%	6	1,5%	4	1,0%	4	1,0%
Raramente	12	3,1%	19	4,9%	18	4,6%	6	1,5%
Às vezes	28	7,2%	31	7,9%	30	7,7%	15	3,8%
Geralmente	42	10,7%	30	7,7%	36	9,2%	29	7,4%
Sempre	191	48,8%	90	23,0%	92	23,5%	161	41,2%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 14: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “DÁ A ATENÇÃO QUE DEVERIA” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	99	25,3%	191	48,8%	186	47,6%	161	41,2%
Nunca	4	1,0%	14	3,6%	12	3,1%	5	1,3%
Dá a atenção que deveria, mas não especifica frequência	10	2,6%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	16	4,1%	16	4,1%	12	3,1%	8	2,0%
Às vezes	27	6,9%	38	9,7%	38	9,7%	18	4,6%
Geralmente	27	6,9%	19	4,9%	27	6,9%	24	6,1%
Sempre	208	53,2%	109	27,9%	112	28,6%	168	43,0%

**QUADRO 15: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “EXPLICA SOBRE A DOENÇA” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	112	28,6%	189	48,3%	194	49,6%	147	37,6%
Nunca	20	5,1%	21	5,4%	21	8,4%	4	1,0%
Explica sobre a doença, mas não especifica frequência	11	2,8%	7	1,8%	6	7,9%	9	2,3%
Raramente	17	4,3%	16	4,1%	9	2,3%	5	1,3%
Às vezes	29	7,4%	33	8,4%	31	1,5%	24	6,1%
Geralmente	35	9,0%	34	8,7%	33	5,4%	17	4,3%
Sempre	167	42,7%	91	23,3%	97	49,6%	185	47,3%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 16: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ENSINA OS CUIDADOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	107	27,4%	188	48,1%	186	47,6%	152	38,9%
Nunca	17	4,3%	14	3,6%	16	4,1%	5	1,3%
Ensina os cuidados, mas não especifica frequência	11	2,8%	7	1,8%	7	1,8%	11	2,8%
Raramente	12	3,1%	17	4,3%	8	2,0%	6	1,5%
Às vezes	26	6,6%	33	8,4%	32	8,2%	15	3,8%
Geralmente	36	9,2%	29	7,4%	26	6,6%	21	5,4%
Sempre	182	46,5%	103	26,3%	116	29,7%	181	46,3%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 17: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “RECOMENDA OS CUIDADOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	113	28,9%	190	48,6%	191	48,8%	150	38,4%
Nunca	20	5,1%	14	3,6%	15	3,8%	6	1,5%
Recomenda os cuidados, mas não especifica frequência	10	2,6%	6	1,5%	6	1,5%	8	2,0%
Raramente	11	2,8%	10	2,6%	13	3,3%	6	1,5%
Às vezes	19	4,9%	39	10,0%	27	6,9%	16	4,1%
Geralmente	34	8,7%	27	6,9%	27	6,9%	23	5,9%
Sempre	184	47,1%	105	26,9%	112	28,6%	182	46,5%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 18: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “MANDA MUDAR HÁBITOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	124	31,7%	201	51,4%	200	51,2%	160	40,9%
Nunca	34	8,7%	31	7,9%	26	6,6%	12	3,1%
Manda mudar hábitos, mas não especifica frequência	9	2,3%	7	1,8%	7	1,8%	6	1,5%
Raramente	11	2,8%	18	4,6%	14	3,6%	8	2,0%
Às vezes	45	11,5%	34	8,7%	33	8,4%	23	5,9%
Geralmente	40	10,2%	29	7,4%	27	6,9%	23	5,9%
Sempre	128	32,7%	71	18,2%	84	21,5%	159	40,7%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 19: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “OUVE OS PROBLEMAS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	105	26,9%	192	49,1%	192	49,1%	157	40,2%
Nunca	18	4,6%	28	7,2%	22	5,6%	15	3,8%
Ouve os problemas, mas não especifica frequência	13	3,3%	7	1,8%	7	1,8%	9	2,3%
Raramente	12	3,1%	15	3,8%	15	3,8%	11	2,8%
Às vezes	31	7,9%	36	9,2%	42	10,7%	23	5,9%
Geralmente	22	5,6%	28	7,2%	21	5,4%	23	5,9%
Sempre	190	48,6%	85	21,7%	92	23,5%	153	39,1%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “CONVERSA SOBRE AS SOLUÇÕES PARA OS PROBLEMAS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	114	29,2%	196	50,1%	195	49,9%	160	40,9%
Nunca	18	4,6%	25	6,4%	21	5,4%	11	2,8%
Conversa sobre as soluções p/ os problemas, mas ã espec. frequência	9	2,3%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	16	4,1%	21	5,4%	16	4,1%	13	3,3%
Às vezes	38	9,7%	32	8,2%	37	9,5%	18	4,6%
Geralmente	35	9,0%	34	8,7%	28	7,2%	30	7,7%
Sempre	161	41,2%	79	20,2%	90	23,0%	152	38,9%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 21: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “FICA LEMBRANDO OS CUIDADOS QUE A GENTE DEVE TER” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	106	27,1%	191	48,8%	193	49,4%	157	40,2%
Nunca	16	4,1%	25	6,4%	23	5,9%	12	3,1%
Lembra sobre os cuidados, mas não especifica frequência	11	2,8%	5	1,3%	5	1,3%	8	2,0%
Raramente	13	3,3%	16	4,1%	13	3,3%	8	2,0%
Às vezes	30	7,7%	31	7,9%	31	7,9%	18	4,6%
Geralmente	37	9,5%	32	8,2%	29	7,4%	35	9,0%
Sempre	178	45,5%	91	23,3%	97	24,8%	153	39,1%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 22: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ACOMPANHA O TRATAMENTO” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	105	26,9%	192	49,1%	190	48,6%	144	36,8%
Nunca	13	3,3%	25	6,4%	21	5,4%	4	1,0%
Acompanha o tratamento, mas não especifica frequência	10	2,6%	7	1,8%	6	1,5%	11	2,8%
Raramente	20	5,1%	23	5,9%	16	4,1%	12	3,1%
Às vezes	27	6,9%	25	6,4%	31	7,9%	13	3,3%
Geralmente	31	7,9%	33	8,4%	29	7,4%	22	5,6%
Sempre	185	47,3%	86	22,0%	98	25,1%	185	47,3%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 23: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ENTENDE AS DIFICULDADES” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	110	28,1%	198	50,6%	197	50,4%	166	42,5%
Nunca	19	4,9%	30	7,7%	25	6,4%	16	4,1%
Entende as dificuldades, mas não especifica frequência	8	2,0%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	10	2,6%	15	3,8%	14	3,6%	11	2,8%
Às vezes	43	11,0%	35	9,0%	38	9,7%	23	5,9%
Geralmente	38	9,7%	30	7,7%	26	6,6%	31	7,9%
Sempre	163	41,7%	79	20,2%	87	22,3%	137	35,0%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 24: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “VERIFICA SE TOMA OS REMÉDIOS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	102	26,1%	194	49,6%	193	49,4%	159	40,7%
Nunca	25	6,4%	30	7,7%	25	6,4%	10	2,6%
Verifica se toma os remédios, mas não especifica frequência	13	3,3%	8	2,0%	7	1,8%	8	2,0%
Raramente	15	3,8%	14	3,6%	15	3,8%	7	1,8%
Às vezes	23	5,9%	26	6,6%	29	7,4%	16	4,1%
Geralmente	33	8,4%	29	7,4%	26	6,6%	29	7,4%
Sempre	180	46,0%	90	23,0%	96	24,6%	162	41,4%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 25: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “MOSTRA A IMPORTÂNCIA DE SE CUIDAR” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	109	27,9%	194	49,6%	192	49,1%	156	39,9%
Nunca	16	4,1%	19	4,9%	17	4,3%	7	1,8%
Mostra a importância de se cuidar, mas não especifica frequência	12	3,1%	7	1,8%	7	1,8%	10	2,6%
Raramente	10	2,6%	16	4,1%	14	3,6%	7	1,8%
Às vezes	25	6,4%	31	7,9%	32	8,2%	13	3,3%
Geralmente	33	8,4%	25	6,4%	24	6,1%	30	7,7%
Sempre	186	47,6%	99	25,3%	105	26,9%	168	43,0%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 26: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “RESOLVE NOSSOS PROBLEMAS” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	115	29,4%	194	49,6%	194	49,6%	159	40,7%
Nunca	22	5,6%	25	6,4%	24	6,1%	18	4,6%
Resolve nossos problemas, mas não especifica frequência	6	1,5%	4	1,0%	4	1,0%	5	1,3%
Raramente	22	5,6%	21	5,4%	18	4,6%	13	3,3%
Às vezes	77	19,7%	65	16,6%	62	15,9%	57	14,6%
Geralmente	46	11,8%	36	9,2%	35	9,0%	47	12,0%
Sempre	103	26,3%	46	11,8%	54	13,8%	92	23,5%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%



**QUADRO 27: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “INSPIRA CONFIANÇA E ADMIRAÇÃO” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	108	27,6%	196	50,1%	198	50,6%	159	40,7%
Nunca	13	3,3%	18	4,6%	20	5,1%	11	2,8%
Inspira confiança e admiração, mas não especifica frequência	10	2,6%	4	1,0%	4	1,0%	7	1,8%
Raramente	10	2,6%	15	3,8%	11	2,8%	4	1,0%
Às vezes	34	8,7%	32	8,2%	31	7,9%	21	5,4%
Geralmente	21	5,4%	28	7,2%	25	6,4%	35	9,0%
Sempre	195	49,9%	98	25,1%	102	26,1%	154	39,4%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 28: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “DECIDE PELA GENTE COMO A GENTE DEVE SE CUIDAR” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	132	33,8%	199	50,9%	200	51,2%	168	43,0%
Nunca	70	17,9%	69	17,6%	63	16,1%	39	10,0%
Decide pela gente como se cuidar, mas não especifica frequência	6	1,5%	6	1,5%	5	1,3%	5	1,3%
Raramente	20	5,1%	16	4,1%	15	3,8%	13	3,3%
Às vezes	38	9,7%	29	7,4%	36	9,2%	31	7,9%
Geralmente	30	7,7%	24	6,1%	23	5,9%	27	6,9%
Sempre	95	24,3%	48	12,3%	49	12,5%	108	27,6%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**QUADRO 29: DISTRIBUIÇÃO DOS INFORMANTES SEGUNDO FREQUÊNCIA DADA À AÇÃO “ME ANIMA PARA QUE CONTINUE ME CUIDANDO” PRATICADA PELOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

	ACS		Aux. Enferm.		Enfermeiro		Médico	
	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel	F.A	F. Rel
Não respondeu	97	24,8%	193	49,4%	196	50,1%	154	39,4%
Nunca	14	3,6%	18	4,6%	18	4,6%	9	2,3%
Me anima p/ que continue cuidando, mas não especifica frequência	12	3,1%	7	1,8%	7	1,8%	8	2,0%
Raramente	7	1,8%	9	2,3%	6	1,5%	9	2,3%
Às vezes	20	5,1%	27	6,9%	29	7,4%	18	4,6%
Geralmente	22	5,6%	27	6,9%	22	5,6%	22	5,6%
Sempre	219	56,0%	110	28,1%	113	28,9%	171	43,7%
Total	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%	391	100,0%

**ANEXO 24****QUADRO 36: DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CADA AÇÃO DE SAÚDE PRATICADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (FREQUÊNCIAS RELATIVAS)**

	Não respondeu	Nunca	Faz, mas não especifica frequência	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre
Manda obedecer	27,1%	5,6%	0,8%	3,3%	10,0%	6,1%	47,1%
Faz elogios Quando a gente se cuida	24,0%	4,1%	2,0%	3,1%	7,2%	10,7%	48,8%
Dá a atenção que deveria	<b>25,3%</b>	<b>1,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>4,1%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,9%</b>	<b>53,2%</b>
Explica sobre a doença	<b>28,6%</b>	<b>5,1%</b>	<b>2,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>7,4%</b>	<b>9,0%</b>	<b>42,7%</b>
Ensina os cuidados	27,4%	4,3%	2,8%	3,1%	6,6%	9,2%	46,5%
<b>Recomenda os cuidados</b>	<b>28,9%</b>	<b>5,1%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,8%</b>	<b>4,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>47,1%</b>
Manda mudar hábitos	31,7%	8,7%	2,3%	2,8%	11,5%	10,2%	32,7%
<b>Ouve os problemas</b>	<b>26,9%</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,3%</b>	<b>3,1%</b>	<b>7,9%</b>	<b>5,6%</b>	<b>48,6%</b>
Conversa sobre as soluções para esses problemas	29,2%	4,6%	2,3%	4,1%	9,7%	9,0%	41,2%
Fica lembrando os cuidados que a gente deve ter	27,1%	4,1%	2,8%	3,3%	7,7%	9,5%	45,5%
Acompanha o tratamento	26,9%	3,3%	2,6%	5,1%	6,9%	7,9%	47,3%
<b>Entende as dificuldades</b>	<b>28,1%</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>11,0%</b>	<b>9,7%</b>	<b>41,7%</b>
Verifica se toma os remédios	26,1%	6,4%	3,3%	3,8%	5,9%	8,4%	46,0%
<b>Mostra a importância de se cuidar</b>	<b>27,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,1%</b>	<b>2,6%</b>	<b>6,4%</b>	<b>8,4%</b>	<b>47,6%</b>
Resolve nossos problemas	29,4%	5,6%	1,5%	5,6%	19,7%	11,8%	26,3%
<b>Inspira confiança e admiração</b>	<b>27,6%</b>	<b>3,3%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,6%</b>	<b>8,7%</b>	<b>5,4%</b>	<b>49,9%</b>
Decide pela gente como a gente deve se cuidar	33,8%	17,9%	1,5%	5,1%	9,7%	7,7%	24,3%
<b>Me anima para que continue cuidando</b>	<b>24,8%</b>	<b>3,6%</b>	<b>3,1%</b>	<b>1,8%</b>	<b>5,1%</b>	<b>5,6%</b>	<b>56,0%</b>



## ANEXO 25

**QUADRO 37: DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CADA AÇÃO DE SAÚDE PRATICADA PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM (FREQUÊNCIAS RELATIVAS)**

	Não respondeu	Nunca	Faz, mas não especifica frequência	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre
Manda obedecer	48,3%	6,6%	0,8%	3,1%	8,2%	6,9%	26,1%
Faz elogios quando a gente se cuida	48,3%	6,6%	1,5%	4,9%	7,9%	7,7%	23,0%
Dá a atenção que deveria	48,8%	3,6%	1,0%	4,1%	9,7%	4,9%	27,9%
Explica sobre a doença	48,3%	5,4%	1,8%	4,1%	8,4%	8,7%	23,3%
Ensina os cuidados	48,1%	3,6%	1,8%	4,3%	8,4%	7,4%	26,3%
Recomenda os cuidados	48,6%	3,6%	1,5%	2,6%	10,0%	6,9%	26,9%
Manda mudar hábitos	51,4%	7,9%	1,8%	4,6%	8,7%	7,4%	18,2%
Ouve os problemas	49,1%	7,2%	1,8%	3,8%	9,2%	7,2%	21,7%
Conversa sobre as soluções para esses problemas	50,1%	6,4%	1,0%	5,4%	8,2%	8,7%	20,2%
Fica lembrando os cuidados que a gente deve ter	48,8%	6,4%	1,3%	4,1%	7,9%	8,2%	23,3%
Acompanha o tratamento	49,1%	6,4%	1,8%	5,9%	6,4%	8,4%	22,0%
Entende as dificuldades	50,6%	7,7%	1,0%	3,8%	9,0%	7,7%	20,2%
Verifica se toma os remédios	49,6%	7,7%	2,0%	3,6%	6,6%	7,4%	23,0%
Mostra a importância de se cuidar	49,6%	4,9%	1,8%	4,1%	7,9%	6,4%	25,3%
Resolve nossos problemas	49,6%	6,4%	1,0%	5,4%	16,6%	9,2%	11,8%
Inspira confiança e admiração	50,1%	4,6%	1,0%	3,8%	8,2%	7,2%	25,1%
Decide pela gente como a gente deve se cuidar	50,9%	17,6%	1,5%	4,1%	7,4%	6,1%	12,3%
Me anima para que continue cuidando	49,4%	4,6%	1,8%	2,3%	6,9%	6,9%	28,1%

## ANEXO 26

**QUADRO 38: DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CADA AÇÃO DE SAÚDE PRATICADA PELO ENFERMEIRO (FREQUÊNCIAS RELATIVAS)**

	Não respondeu	Nunca	Faz, mas não especifica frequência	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre
Manda obedecer	49,4%	6,4%	0,5%	2,3%	8,2%	6,9%	26,3%
Faz elogios quando a gente se cuida	49,1%	4,9%	1,0%	4,6%	7,7%	9,2%	23,5%
Dá a atenção que deveria	47,6%	3,1%	1,0%	3,1%	9,7%	6,9%	28,6%
Explica sobre a doença	49,6%	8,4%	7,9%	2,3%	1,5%	5,4%	49,6%
Ensina os cuidados	47,6%	4,1%	1,8%	2,0%	8,2%	6,6%	29,7%
Recomenda os cuidados	48,8%	3,8%	1,5%	3,3%	6,9%	6,9%	28,6%
Manda mudar hábitos	51,2%	6,6%	1,8%	3,6%	8,4%	6,9%	21,5%
Ouve os problemas	49,1%	5,6%	1,8%	3,8%	10,7%	5,4%	23,5%
Conversa sobre as soluções para esses problemas	49,9%	5,4%	1,0%	4,1%	9,5%	7,2%	23,0%
Fica lembrando os cuidados que a gente deve ter	49,4%	5,9%	1,3%	3,3%	7,9%	7,4%	24,8%
Acompanha o tratamento	48,6%	5,4%	1,5%	4,1%	7,9%	7,4%	25,1%
Entende as dificuldades	50,4%	6,4%	1,0%	3,6%	9,7%	6,6%	22,3%
Verifica se toma os remédios	49,4%	6,4%	1,8%	3,8%	7,4%	6,6%	24,6%
Mostra a importância de se cuidar	49,1%	4,3%	1,8%	3,6%	8,2%	6,1%	26,9%
Resolve nossos problemas	49,6%	6,1%	1,0%	4,6%	15,9%	9,0%	13,8%
Inspira confiança e admiração	50,6%	5,1%	1,0%	2,8%	7,9%	6,4%	26,1%
Decide pela gente como a gente deve se cuidar	51,2%	16,1%	1,3%	3,8%	9,2%	5,9%	12,5%
Me anima para que continue cuidando	50,1%	4,6%	1,8%	1,5%	7,4%	5,6%	28,9%

**ANEXO 27****QUADRO 39: DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CADA AÇÃO DE SAÚDE PRATICADA PELO MÉDICO (FREQUÊNCIAS RELATIVAS)**

	Não respondeu	Nunca	Faz, mas não específica frequência	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre
Manda obedecer	38,9%	3,1%	1,3%	1,3%	5,1%	3,3%	47,1%
Faz elogios quando a gente se cuida	41,4%	3,6%	1,0%	1,5%	3,8%	7,4%	41,2%
Dá a atenção que deveria	41,2%	1,3%	1,8%	2,0%	4,6%	6,1%	43,0%
Explica sobre a doença	37,6%	1,0%	2,3%	1,3%	6,1%	4,3%	47,3%
Ensina os cuidados	38,9%	1,3%	2,8%	1,5%	3,8%	5,4%	46,3%
Recomenda os cuidados	38,4%	1,5%	2,0%	1,5%	4,1%	5,9%	46,5%
Manda mudar hábitos	40,9%	3,1%	1,5%	2,0%	5,9%	5,9%	40,7%
Ouve os problemas	40,2%	3,8%	2,3%	2,8%	5,9%	5,9%	39,1%
Conversa sobre as soluções para esses problemas	40,9%	2,8%	1,8%	3,3%	4,6%	7,7%	38,9%
Fica lembrando os cuidados que a gente deve ter	40,2%	3,1%	2,0%	2,0%	4,6%	9,0%	39,1%
Acompanha o tratamento	36,8%	1,0%	2,8%	3,1%	3,3%	5,6%	47,3%
Entende as dificuldades	42,5%	4,1%	1,8%	2,8%	5,9%	7,9%	35,0%
Verifica se toma os remédios	40,7%	2,6%	2,0%	1,8%	4,1%	7,4%	41,4%
Mostra a importância de se cuidar	39,9%	1,8%	2,6%	1,8%	3,3%	7,7%	43,0%
Resolve nossos problemas	40,7%	4,6%	1,3%	3,3%	14,6%	12,0%	23,5%
Inspira confiança e admiração	40,7%	2,8%	1,8%	1,0%	5,4%	9,0%	39,4%
Decide pela gente como agente deve se cuidar	43,0%	10,0%	1,3%	3,3%	7,9%	6,9%	27,6%
Me anima para que continue cuidando	39,4%	2,3%	2,0%	2,3%	4,6%	5,6%	43,7%

**GRÁFICO 01:** DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATIGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÃO DADAS PELOS INFORMANTES, ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

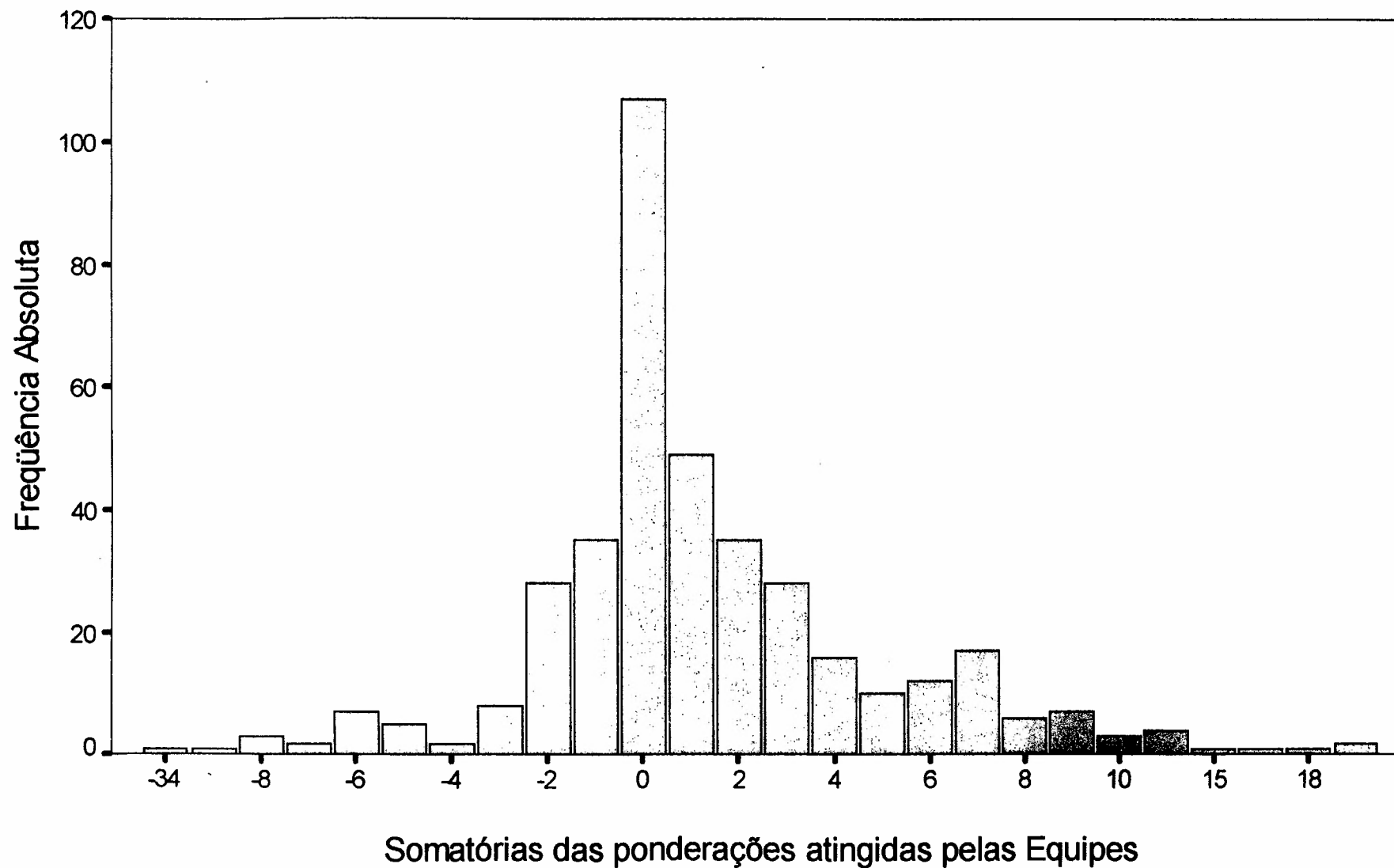
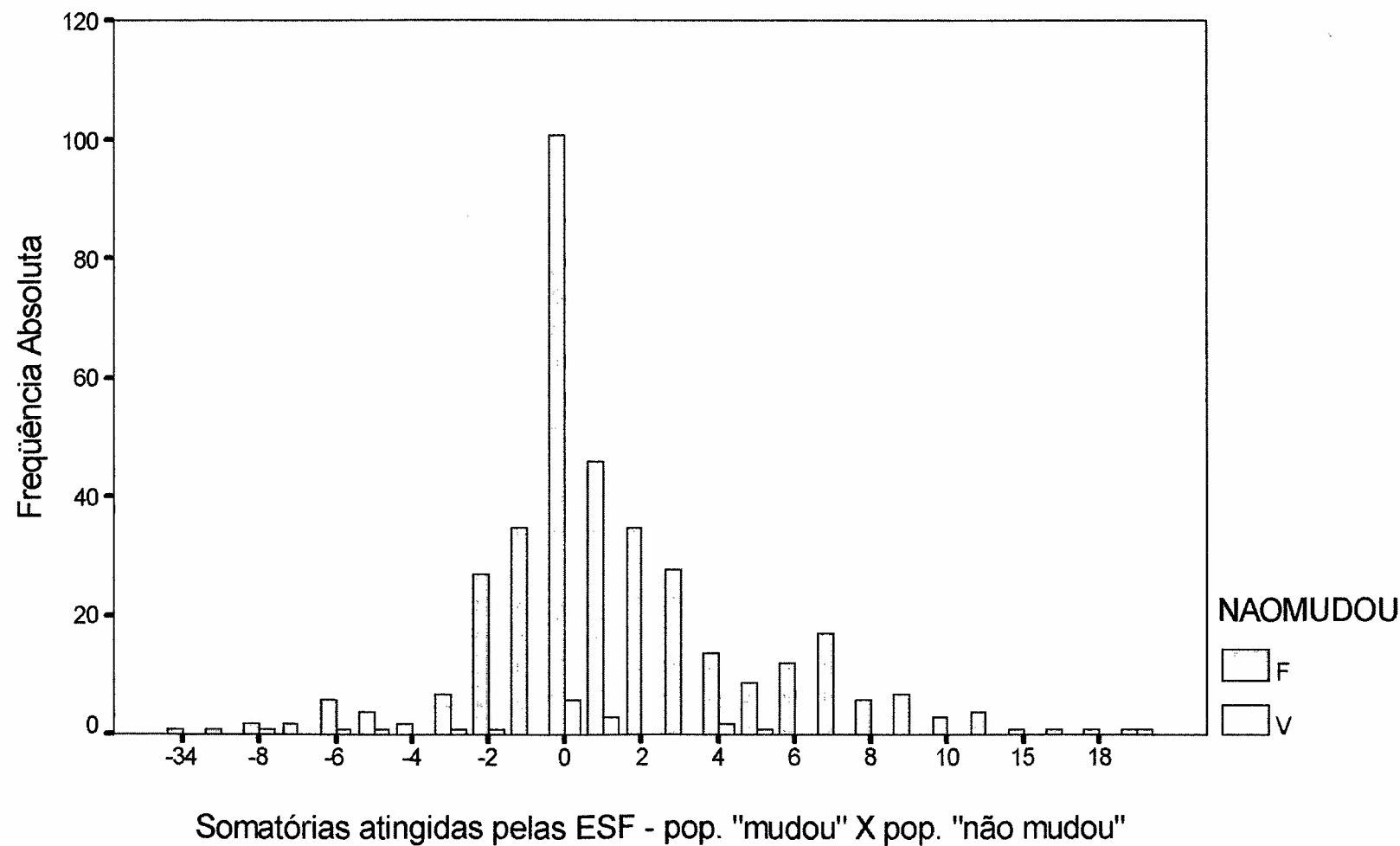
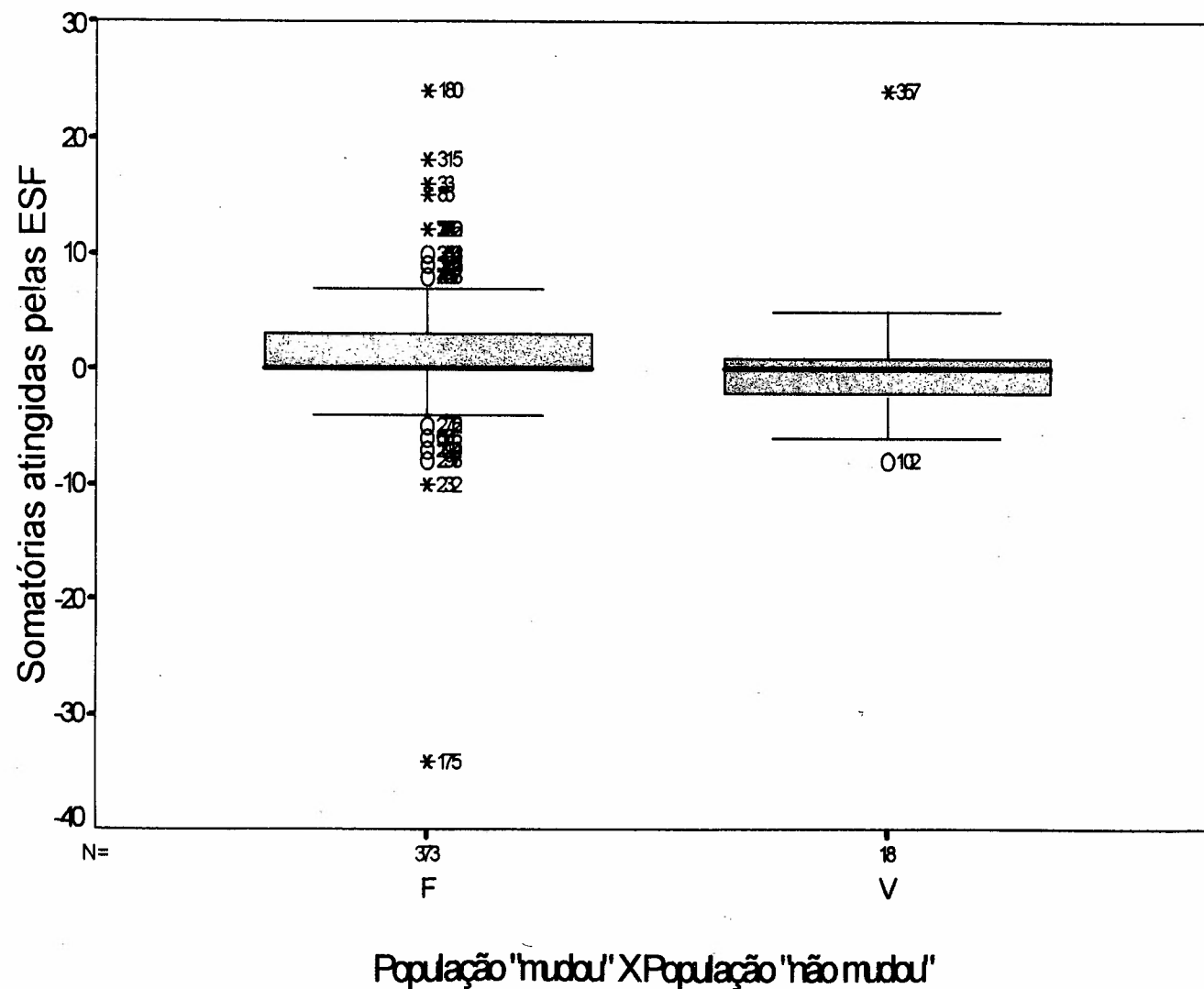


GRÁFICO 02: DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATIGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES “NADA MUDOU”, ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.

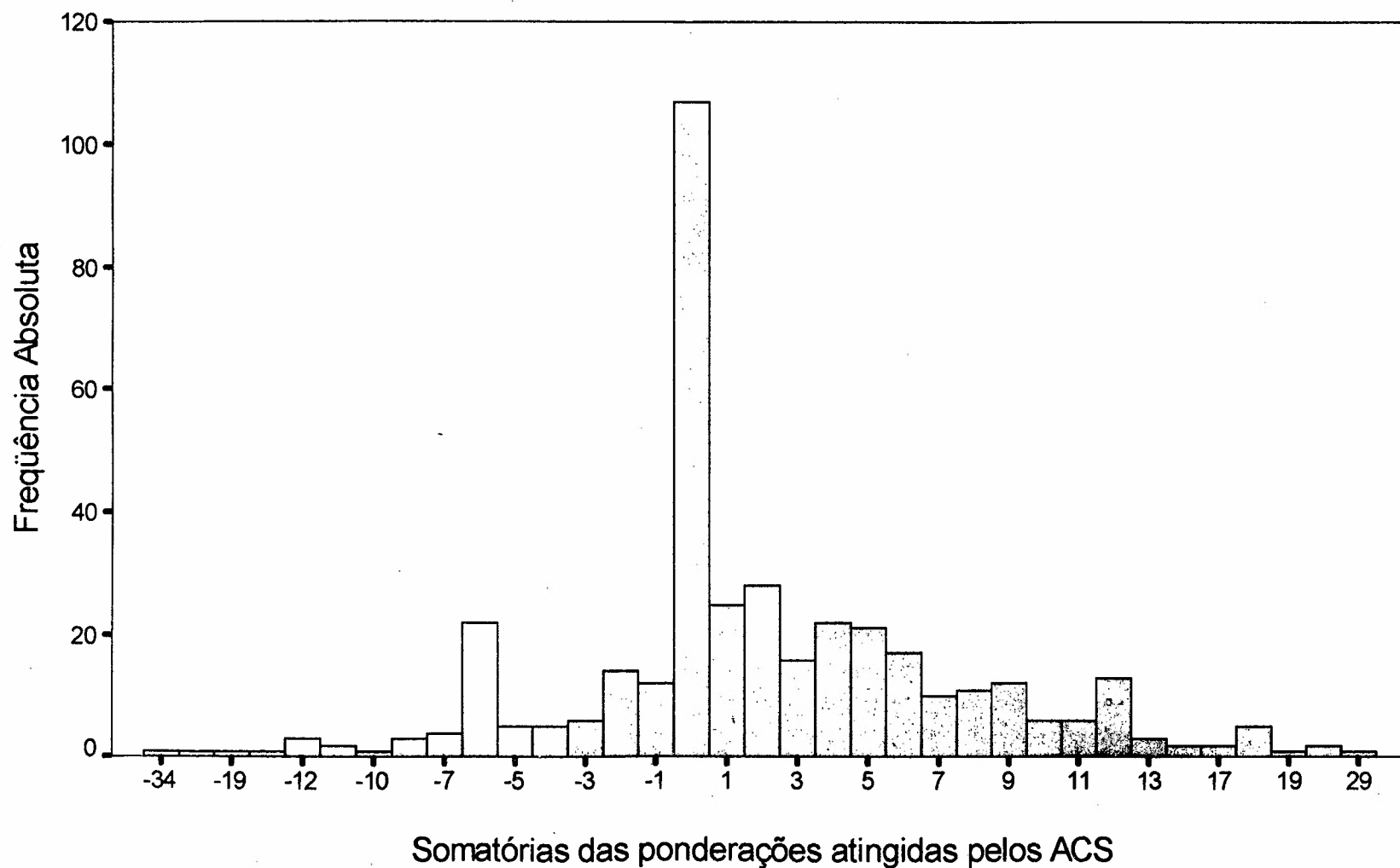


## ANEXO 30

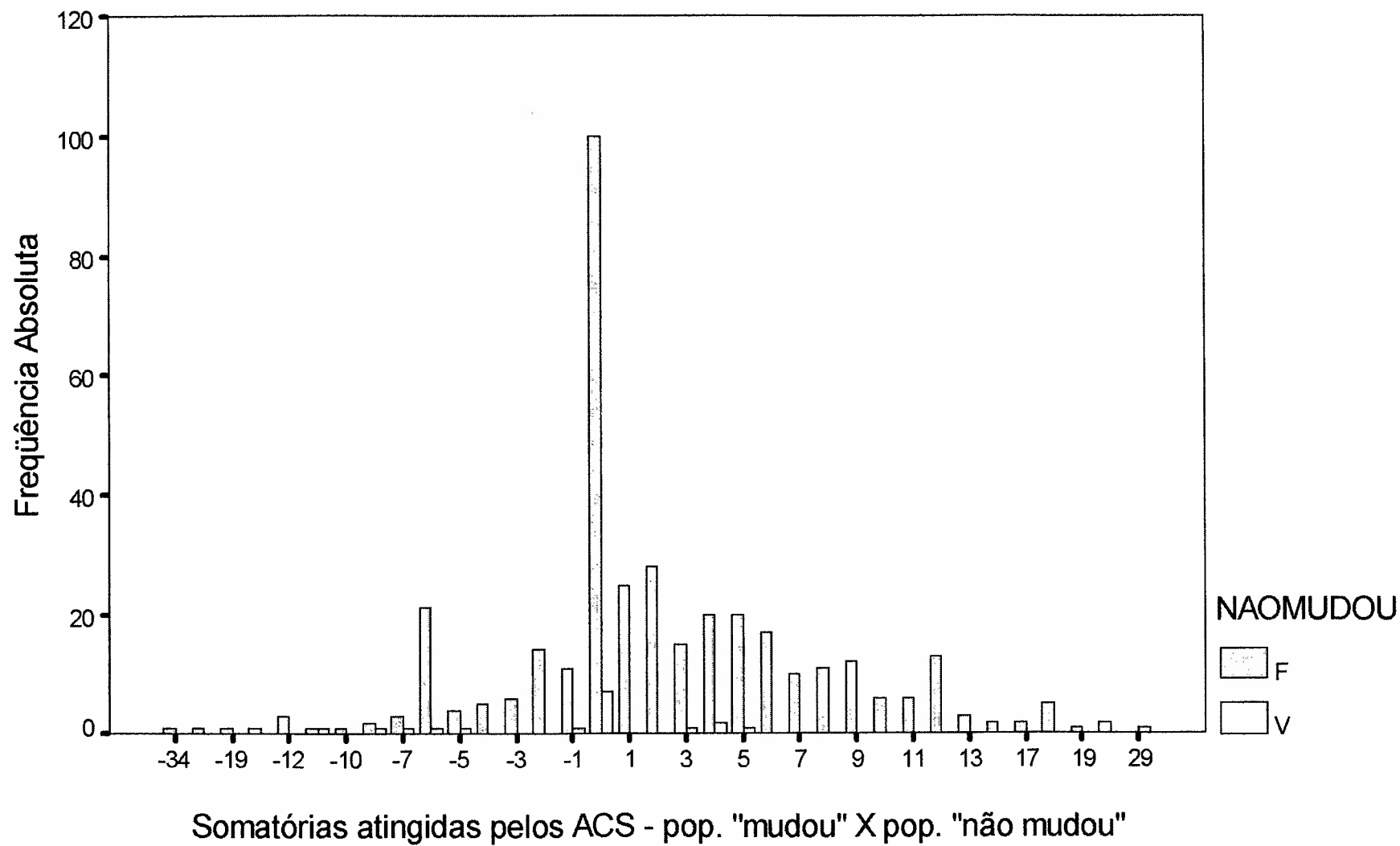
GRÁFICO 03: BOXPLOT OU ESTUDO DE QUARTIS REFERENTE À DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS ATIGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE FAMÍLIA NAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES DADAS PELOS INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES "NA MUDOU", ÀS AÇÕES PRATICADAS POR ESTA, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.



**GRÁFICO 04: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SEGUNDO OS INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

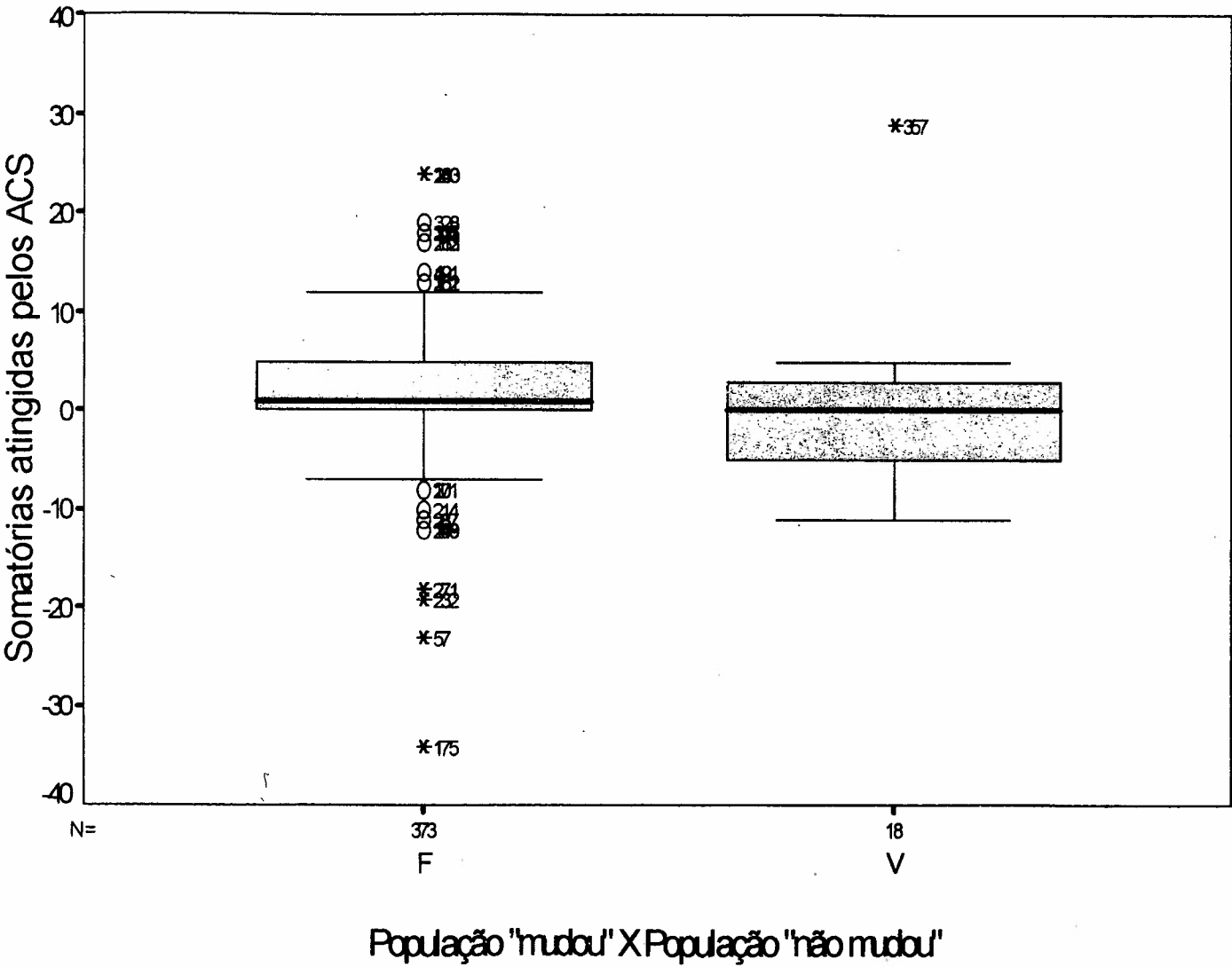


**GRÁFICO 05: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SEGUNDO INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES "NADA MUDOU", QUALIS II, SÃO PAULO, 2001**





**GRÁFICO 06:** BOX PLOT OU ESTUDO DE QUARTIS DA DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, SEGUNDO INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES “NADA MUDOU”. QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.



**GRÁFICO 07: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOA AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUND INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001.**

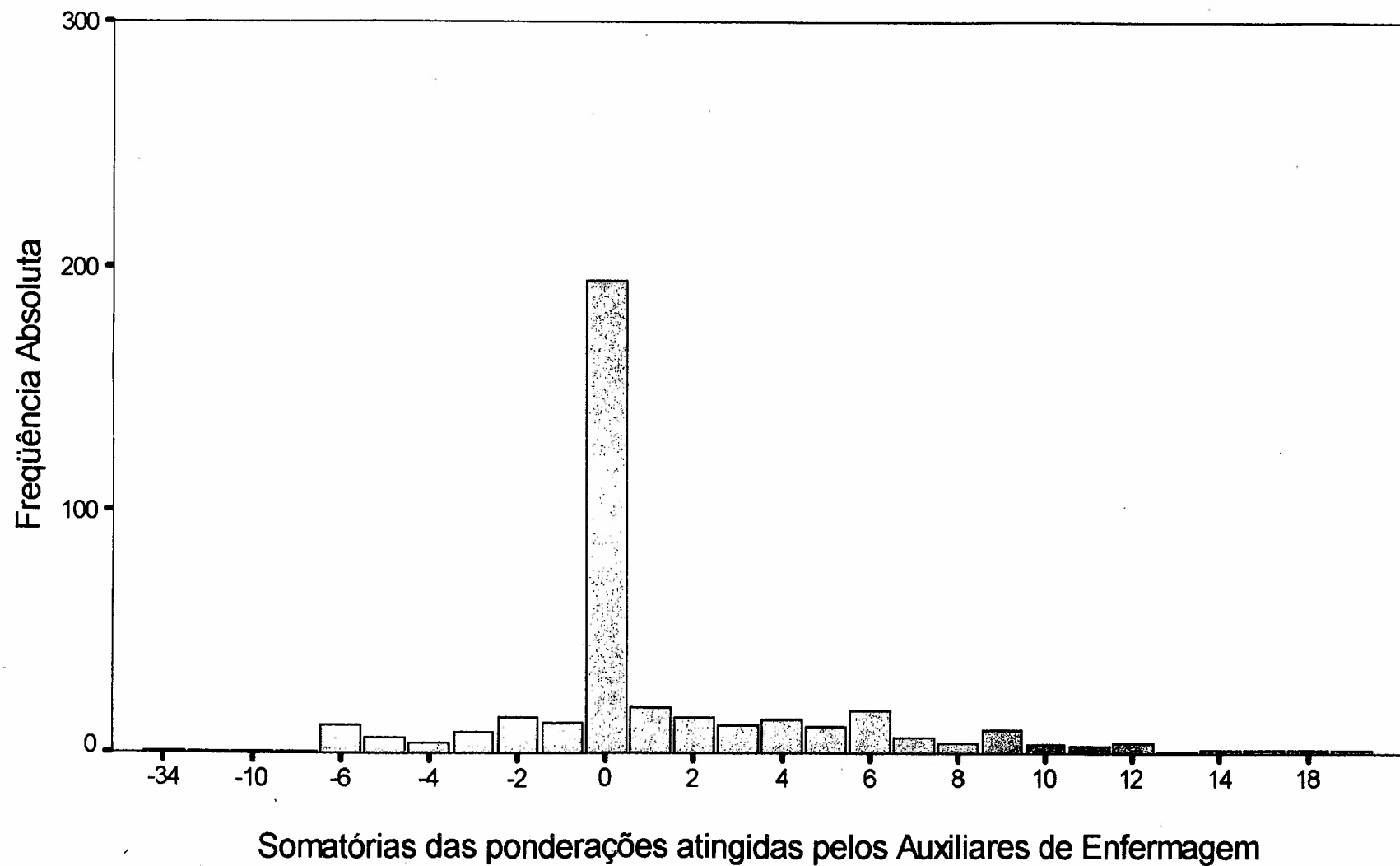
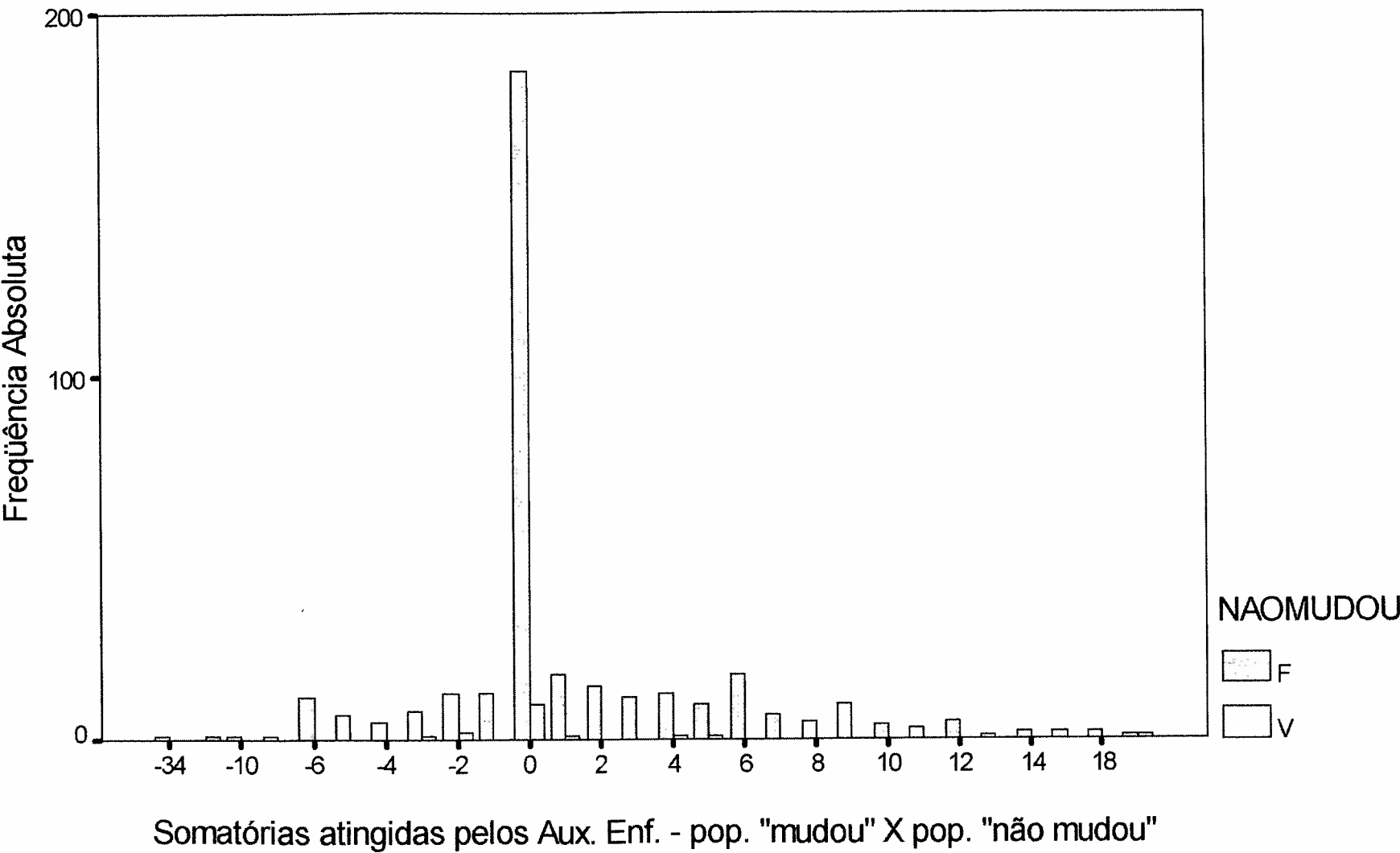


GRÁFICO 08: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES “NADA MUDOU”, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001



**GRÁFICO 09: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS ENFERMEIROS SEGUNDO INFORMANTES QUALIS II, SÃO PAULO, 2001**

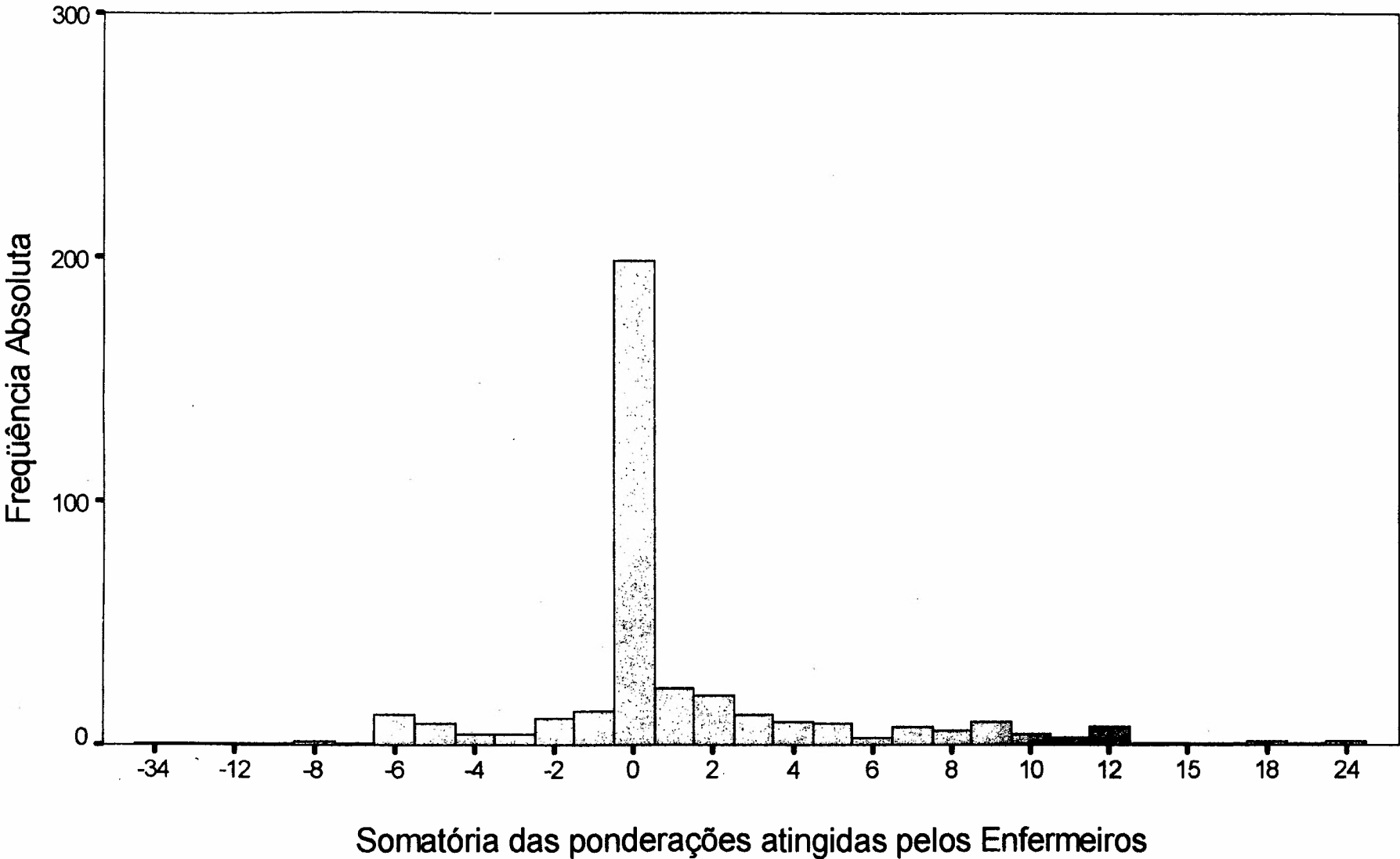
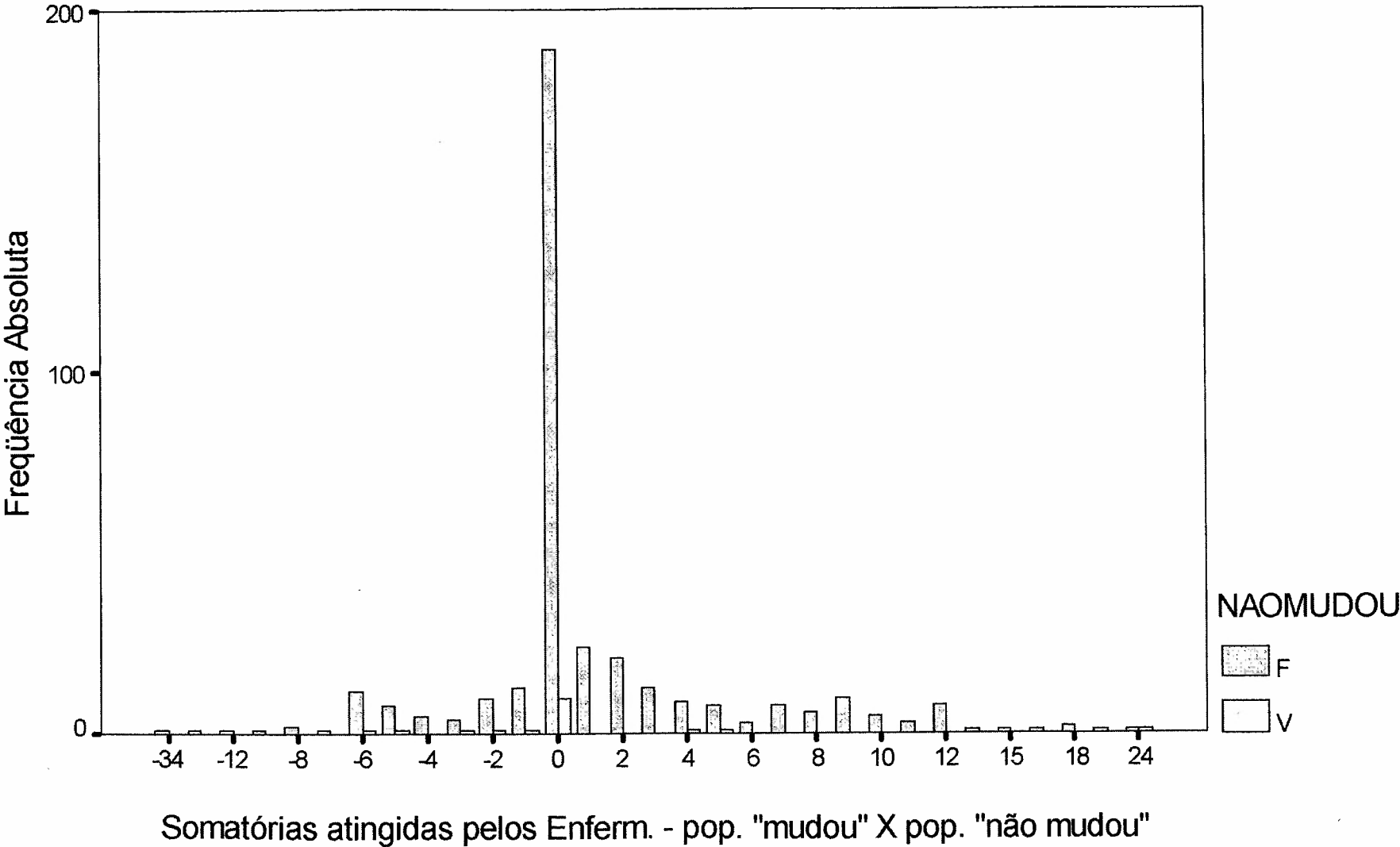


GRÁFICO 10: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELOS ENFERMEIROS SEGUNDO INFORMANTES QUE REFEREM MUDANÇAS E INFORMANTES “NADA MUDOU”, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001



**GRÁFICO 11: DISTRIBUIÇÃO DAS SOMATÓRIAS DE PONDERAÇÕES ATINGIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INFORMANTES, QUALIS II, SÃO PAULO, 2001**

