

PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

PLAN FOR PRIMARY HEALTH CARE IN MINAS GERAIS AND SCIENTIFIC PRODUCTION

PLAN PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN MINAS GERAIS Y LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Tatiana Oliveira Silva Bittencourt¹ Sinézio Inácio da Silva Júnior² Maria Regina Martinez³

Resumo

Este trabalho objetivou identificar os estudos realizados sobre o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde a partir do ano de 2003. Realizou-se um estudo bibliográfico nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO, BDNF e Google acadêmico. Os resultados estão detalhados em quadros e foram discutidos a partir de quatro temas. O Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde é uma estratégia inovadora e audaciosa na reorganização da atenção primária nos municípios mineiros. Conferiu aos participantes uma importante oportunidade de qualificação profissional. As dificuldades na sua implantação superaram as potencialidades e se fizeram presentes na maioria dos municípios pesquisados. Dentre os principais desafios para a sua efetivação destaca-se a falta de motivação profissional e credibilidade por parte de alguns envolvidos neste processo.

A literatura pouco avançou nesta temática, e esperamos que novas pesquisas sejam realizadas de forma a contribuir com os estudos de avaliação de políticas públicas e em especial na recondução e consolidação deste plano.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Planos e Programas de Saúde; Política de Saúde.

Abstract

This study aimed to identify studies on the Master Plan for Primary Health Care from the year 2003. We conducted a bibliographic study on MEDLINE, LILACS, SCIELO, BDNF and Google Scholar. The results are detailed in tables and discussed from four themes. The Master Plan for Primary Health Care is an innovative and daring in the reorganization of primary care in the municipalities miners. Gave the participants an important opportunity for professional qualification. Difficulties in its implementation outperformed the potential and were present in most of the municipalities surveyed. Among the main challenges for its

¹ Enfermeira, Mestranda pela Universidade Federal de Alfenas. E-mail: taty_enf@yahoo.com.br

² Farmacêutico bioquímico e cientista social, doutor em nutrição humana aplicada, Universidade Federal de Alfenas-MG, sinezio@unifal-mg.edu.br. (35)3299-1392.

³ Bacharel em Enfermagem, mestrado e doutorado em Ciências, Universidade Federal de Alfenas MG, martinez@unifal-mg.edu.br Tel: (35)8883-2702.

implementation highlights the lack of professional motivation and credibility by some involved in this process. The literature made little progress on this issue, and we hope that further research be undertaken in order to contribute to studies of evaluation of public policies and in particular the extension and consolidation of this plan.

Descriptors: Primary Health Care; Plans and Health Programs; Health Policy.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo identificar los estudios sobre el Plan Director de Atención Primaria de Salud a partir del año 2003. Hemos realizado un estudio bibliográfico en MEDLINE, LILACS, SCIELO, BDENF y Google Académico. Los resultados se detallan en las tablas y discutidos entre cuatro temas. El Plan Director de Atención Primaria de la Salud es una innovadora y audaz en la reorganización de la atención primaria en los municipios mineros. Dio a los participantes una oportunidad importante para la cualificación profesional. Las dificultades para su implementación superaron el potencial y estuvieron presentes en la mayoría de los municipios encuestados. Entre los principales retos para su implementación pone de relieve la falta de motivación profesional y la credibilidad de algunos involucrados en este proceso. La literatura ha avanzado poco en

este tema, y esperamos que la investigación se realizó con el fin de contribuir a los estudios de evaluación de las políticas públicas y, en particular, la extensión y consolidación de este plan.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Los Planes y Programas de Salud; Políticas de Salud.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é de extrema relevância para a qualidade de vida da população, na medida em que envolve, além de práticas curativas e reabilitadoras, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Para que um país, um estado, um município e uma comunidade possam ter saúde, é necessário investir na qualidade dos serviços prestados pelo primeiro nível de atenção, tanto no aspecto quantitativo quanto qualitativo. Previamente aos investimentos, a mobilização de órgãos políticos e profissionais de saúde, no que tange ao comprometimento, é fundamental neste processo de qualificação e otimização da saúde da população.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) no ano de 2003, como proposta de melhoria da saúde, elaborou uma resposta orgânica aos problemas que impedem a melhoria da APS

no Estado, que se materializou no Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), considerando na sua elaboração a ideia de implantar instrumentos para gestão da clínica e desenvolver redes integradas de

atenção à saúde em Minas Gerais, com a APS sendo o centro de comunicação⁽¹⁾.

A operacionalização do PDAPS ocorreu em três fases, com início em 2006, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 1. Operacionalização do PDAPS nos municípios mineiros

Fase	Localidade	Período de implantação
Fase 1	Municípios de Itabira e Uberlândia e nas microrregiões de Montes Claros/Bocaiúva e Janaúba/Monte Azul	2006-2007
Fase 2	Macrorregiões: Norte, Jequitinhonha, Nordetes, Sudeste, Leste do Sul, Centro Sul, Triângulo Norte, Noroeste e Oeste	2008-2009
Fase 3	Macrorregiões: Centro, Sul, Leste e Triângulo Sul	2009-2010

Fonte: Minas Gerais, 2009.

O PDAPS surge como uma proposta inovadora de reorganizar a APS nos municípios mineiros a partir de instrumentos que norteiam, sistematizam e qualificam as ações desenvolvidas por todos os profissionais lotados na atenção primária.

Ao elaborá-lo, procurou-se refletir sobre qual é o papel do governo estadual num campo de responsabilidade que os municípios ainda não conseguiram assumir. Delinearam-se assim as responsabilidades de atuação do Estado, em conjunto com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde⁽²⁾.

O objetivo principal desta proposta foi reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária fornecendo ferramentas de gestão capazes de reestruturar a assistência oferecida pelos serviços de saúde⁽¹⁾.

Para tal, o governo e as prefeituras fizeram investimentos em recursos materiais, físicos, treinamentos e capacitação de profissionais. Os profissionais da atenção primária e a comunidade foram mobilizados no sentido de implantar o PDAPS nos municípios a partir da concepção de que esta proposta seria uma ferramenta capaz de promover uma saúde de qualidade.

A operacionalização do PDAPS envolveu a realização de 10 oficinas nas macrorregiões do Estado de Minas Gerais. Essas oficinas qualificaram os tutores, que foram os docentes universitários e técnicos da Gerência Regional de Saúde (GRS) que replicaram as mesmas oficinas nas microrregiões para preparação de facilitadores que foram os profissionais de saúde do setor público dos diversos municípios de Minas Gerais. Estes facilitadores foram incumbidos de replicar as oficinas locais a todos os

funcionários da saúde lotados nos seus respectivos municípios e estes, responsáveis pelo desenvolvimento dos conteúdos das oficinas em seus territórios, culminando com a construção de instrumentos gerenciais⁽¹⁾.

As oficinas exigiam produtos a serem alcançados pela equipe de profissionais de saúde de cada município, com envolvimento de gestores municipais e da comunidade. Os produtos relacionavam-se com a implantação de novos instrumentos visando organizar a APS e melhorar a assistência à saúde nos municípios⁽³⁾.

Considerando a importância deste plano na promoção da saúde da população e reorganização do processo de trabalho das equipes da atenção primária, este trabalho tem como objetivo identificar e caracterizar em conteúdo temático os estudos realizados sobre o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde a partir do ano de 2003.

MÉTODOS

Este estudo trata de uma revisão sistemática de literatura desenvolvida a partir de seleção de artigos científicos que abordam assuntos referentes ao processo de implantação, desenvolvimento, avaliação e adaptação do PDAPS nos municípios mineiros.

O rastreamento foi realizado nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A utilização da base de dados do Google acadêmico também se fez necessária, pois após a busca nas bases de dados citadas anteriormente, obtivemos apenas dois trabalhos relacionados ao objetivo deste estudo.

A escolha dos descritores utilizados nesta metodologia ocorreu após consulta aos descritores de assunto em ciências da saúde (DECs) localizados na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Foram utilizados os seguintes descritores em língua portuguesa: “atenção primária à saúde”, “planos e programas de saúde” e “política de saúde”. Após esta busca, retornou apenas um (1) artigo relacionado com o objetivo desta pesquisa. Assim, foi necessário conjugar alguns dos descritores e também realizar a busca a partir das palavras-chaves “plano diretor” com articulação com os descritores já descritos e “plano diretor de atenção primária à saúde”, o que possibilitou a localização de mais seis artigos. No Google acadêmico foi rastreada apenas a palavra-chave “plano diretor de atenção primária à saúde” por entendermos que qualquer trabalho publicado nesta base de dados com esta temática retornaria com esta palavra-chave.

A busca ocorreu no mês de fevereiro de 2013. A questão norteadora da revisão foi “Quais foram as publicações científicas apontadas pela literatura acerca do PDAPS?” Os critérios utilizados para a seleção dos estudos foram: teses, dissertações, monografias, artigos incluindo relatos de experiências, revisões integrativas, todos publicados no Brasil, que abordassem a temática do PDAPS no período de 2003 a 2013.

Após a identificação dos estudos nas bases de dados, foram descartados inicialmente os trabalhos em que o título não indicava nenhuma correspondência com os objetivos e o tema deste estudo e, em relação àqueles que indicavam alguma similaridade ou faziam alusão a temática, procedeu-se a leitura de seus resumos, sendo lidos na íntegra os que se enquadraram nos critérios de inclusão que foram estudos correspondentes à teses, dissertações, monografias, artigos incluindo relatos de experiências, revisões integrativas, todos publicados no Brasil, que abordassem a temática do PDAPS no período de 2003 a 2013

RESULTADOS

A partir do procedimento de rastreamento realizado, identificaram-se dois artigos na base de dados LILACS e cinco no Google acadêmico.

Em relação ao ano de publicação, observou-se que a partir de cinco anos do início da implantação do PDAPS começaram a surgir publicações a respeito. Assim, as pesquisas encontradas nas bases de dados são recentes, publicadas no ano de 2011, 2012 e 2013, com predominância para o ano de 2011. Mesmo com a amplitude dos critérios de inclusão, apenas obtiveram-se os sete estudos citados (duas dissertações e cinco artigos de pesquisa).

Após a leitura e releitura dos estudos, estes foram discutidos a partir de quatro temas que emergiram da análise das publicações: perfil, formação profissional e vivência dos facilitadores no processo de multiplicação do conhecimento; fragilidades e potencialidades na implantação do PDAPS; comprometimento dos profissionais de saúde no processo de implantação do PDAPS e impacto no processo de trabalho das equipes e na saúde da população.

Tabela 2. Classificação dos estudos avaliados de acordo com o ano de publicação, periódico, base de dados, autores, título e objetivo do estudo

Ano/ Periódico	Autor(es)	Título	Objetivo(s)
2011 Revista Baiana de Saúde Pública	Costa SM, Dias OV, Oliveira GS, Nascimento JE, Veloso VI, Souza LPS, Silva LMC	Processo de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades	Verificar, junto aos facilitadores, as fragilidades e potencialidades no processo de implantação do PDAPS em municípios de duas microrregionais do Norte de Minas Gerais, Brasil
2011 Revista Ciência Et Praxis	Silva VQ, Silveira MP, Santos MM, Melo RSS	Avaliação do comprometimento dos profissionais da saúde do município de São José da Barra (MG) com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde	Avaliar o comprometimento dos trabalhadores de saúde com o processo de implantação do PDAPS, no município de São José da Barra (MG)
2011 Revista PRÓ-UNIVERSUS	Costa SM, Dias OV, Oliveira GS, Nascimento JE, Fonseca VIV, Silva LMC	Perfil e Atuação Profissional dos Facilitadores de Microrregiões do Norte de Minas Gerais	Avaliar o perfil dos facilitadores do PDAPS
2011 Dissertação/Google acadêmico	Arantes L J	Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde em Unaí-MG	Verificar e comparar o resultado da implantação do PDAPS entre as ESF de Unaí/MG, em relação a estrutura, processos de trabalhos e resultados
2012 Dissertação/LILACS	Martins CC	Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde de Minas Gerais tendo por referência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde	Analisar os processos de trabalho relativos ao Acolhimento e à Produção do Cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e possibilidades e limites de mudanças nestes processos tendo por base a proposta de educação desenvolvida - O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde – PDAPS, como estratégia indutora de mudanças nos processos de trabalho das ESF do município de Lagoa Santa no Estado de Minas Gerais.
2012 Revista da rede de enfermagem do Nordeste	Silva KL, Ribeiro HCTC, Pereira LD, Martins BR, Viana JA, Belga SMMF	Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores	Analisar o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no processo da educação permanente, bem como a formação dos profissionais para atuação como multiplicadores nesse processo

Fonte: Dados da pesquisa

Verificou-se que os estudos que predominam (85,7%) são avaliações e análises do processo de implantação do

PDAPS, o que demonstra o interesse dos pesquisadores no processo avaliativo das políticas de saúde, uma vez que após a sua implantação, é necessário prosseguir com as fases de avaliação dos resultados e benefícios

para a saúde da população e reajustes necessários para melhor efetivação da proposta.

DISCUSSÃO

Após a leitura e releitura do material, os estudos foram discutidos a partir de quatro temas.

Perfil, Formação Profissional e Vivência dos Facilitadores no Processo de Multiplicação do Conhecimento

A diversidade de formação profissional dos facilitadores contribuiu grandemente com as trocas de conhecimentos entre as diferentes áreas de conhecimento e atuação⁽³⁾.

Os facilitadores participantes deste processo foram, principalmente, enfermeiros, médicos e odontólogos.

O momento da dispersão foi discutido como uma ocasião importante para mobilizar, em conjunto, todos os profissionais envolvidos, bem como o desenvolvimento crítico-reflexivo a partir do compartilhamento de experiências profissionais⁽⁴⁾.

O estudo realizado nas microrregiões do Norte de Minas identificou que os facilitadores são majoritariamente mulheres, enfermeiros, especialistas, adultos jovens e com experiência no serviço público⁽⁵⁾. Em média, trabalham na rede pública municipal há cinco anos.

Os enfermeiros são, em grande maioria, responsáveis pelo gerenciamento das unidades e das equipes da atenção primária, além de constituírem a classe majoritária na saúde. São reconhecidos pela capacidade de gerenciar e organizar os serviços e pela qualidade do atendimento prestado, principalmente aquele voltado à prevenção e à promoção da saúde. Por certo, este foi um dos fatores motivantes para a escolha dos mesmos como facilitadores na maioria dos municípios.

Belga e Silva destacam esta participação, ao relatarem o notável envolvimento e comprometimento dos facilitadores, bem como a capacidade em transmitir os conteúdos apreendidos nas oficinas⁽⁶⁾.

Os facilitadores destacaram a oportunidade de conhecer diferentes ferramentas de trabalho que norteiam a prática na atenção primária, impactando positivamente na organização dos processos de trabalho e qualificação dos profissionais⁽⁷⁾.

Porém, apesar do envolvimento dos facilitadores, pode-se observar, que muitas ferramentas de organização do sistema, que foram repassadas nas oficinas aos profissionais de saúde, durante o período de dispersão, não foram implementadas, como, por exemplo, as linhas-guia⁽⁸⁾ (instrumento de normalização da SES/MG com o objetivo de orientar a organização de práticas e serviços na construção de uma rede integrada de saúde

para o atendimento adequado e oportuno aos cidadãos)⁽⁹⁾. O estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte também destaca esta realidade, ao levantar a necessidade de ofertar periodicamente os momentos educativos aos profissionais de saúde, não findando este processo com o término do repasse das oficinas⁽⁷⁾, para que a implantação das ferramentas de trabalho possam ser constantemente abordadas e cobradas.

O plano diretor veio como uma proposta de lapidar o conhecimento até então exercido e qualificar o profissional para atuar na atenção primária de forma eficiente.

Neste aspecto, cabe destacar as falhas percebidas pelos facilitadores em relação à formação profissional, no que tange aos conhecimentos adquiridos sobre assistência e gerenciamento na atenção primária, levando-os a considerar o plano diretor como uma oportunidade para completar as lacunas deixadas pela formação profissional⁽⁷⁾.

Considerando às falhas acadêmicas citadas anteriormente, somos levados a questionar se o plano diretor veiculou técnicas e conteúdos para os quais os profissionais não se sentiam capacitados. Ao explorar esta possibilidade, um desdobramento do plano poderia ser pensado, como forma de facilitar a receptividade e execução das propostas concebidas pelo mesmo.

Dentre os desafios encontrados pelos facilitadores, encontram-se a incompletude da formação acadêmica, a falta de interesse por parte dos profissionais envolvidos neste projeto e a precarização das condições de trabalho na APS⁽⁷⁾: *“Eu estou ali na frente passando uma coisa muito interessante... Acredito no que aprendi e no que passei... para a pessoa me jogar um balde de água fria e falar assim: eu não acredito e acho que isto não vai dar certo. Até para isto a gente tem que saber contornar a situação, porque às vezes naquele meio um desanimava todo mundo”* (E3)^(7:10).

Apesar da falta de compreensão por parte de alguns profissionais, o plano diretor exerceu importante papel na educação permanente em saúde ao provocar reflexões sobre o trabalho na APS, constituiu um momento importante de troca de experiências e ofertou ao serviço ferramentas de organização do trabalho desconhecidas até então⁽⁷⁾.

Em suma, os facilitadores trouxeram aos participantes das oficinas novas maneiras de fazê-los compreender a dinâmica social, as políticas de saúde, os processos de trabalho, bem como seu papel no contexto organizacional da saúde⁽¹⁰⁾.

Por fim, a vivência dos facilitadores neste processo foi permeada por dificuldades principalmente no que tange ao desafio encontrado de induzir uma nova perspectiva

para o conceito de saúde vigente na atenção primária⁽¹¹⁾.

Fragilidades e Potencialidades na Implantação do PDAPS

Compreende-se que todo processo de implementação de políticas de saúde envolve facilidades e dificuldades, sendo que estas podem impactar negativamente na sua efetivação.

Três estudos levantados neste trabalho^(3,6,7) abordaram as dificuldades na implantação do PDAPS em seus contextos de análises, o que demonstra a importância de estudar estes pontos negativos como forma de reconduzir o processo de implantação a partir da correção de problemas *ex-post* levantados. As potencialidades também são relevantes no sentido de demonstrar os êxitos alcançados e a importância do plano para a melhoria do serviço prestado.

A aquisição de novos conhecimentos se apresenta como uma das potencialidades⁽³⁾, visto que de nada vale a boa vontade, empenho e disposição, se o conhecimento não está presente para nortear cientificamente as nossas ações.

O bom relacionamento pessoal entre gestores, facilitadores, tutores e profissionais foi apresentado como uma das facilidades de implantação do PDAPS, mesmo sendo relatado que a transição freqüente do quadro

de funcionários prejudica a consolidação das mudanças nas práticas dos serviços⁽³⁾.

No âmbito das fragilidades, estas são relatadas em maior número e referem-se a escassez de recursos humanos, estrutura física inadequada, extensa área territorial, falta de participação e colaboração dos Conselhos Municipais de Saúde e principalmente dificuldade de mobilização dos profissionais e sensibilização dos gestores^(3,6,12).

A falta de compreensão por parte da comunidade dificultou a realização e a participação de todos os profissionais nas oficinas, visto que estas eram realizadas em sua grande maioria, no horário normal de expediente, como demonstra a fala de um dos gestores entrevistado: *“Pra fazer as oficinas, no município, você tinha que parar atendimento, conversar, sensibilizar comunidade, a população não entende, isso era uma das coisas mais difíceis que a gente trabalha”* (Gestor M3)^(6:6).

No que tange à estrutura física, ponto levantado como dificultador na implantação do plano diretor, é necessário um planejamento com subsequente mobilização dos atores da gestão municipal para a garantia de ambientes adequados às questões sanitárias⁽¹¹⁾.

Neste sentido, por exemplo, para que o acolhimento seja realizado com qualidade, é necessário antes de tudo que o profissional de saúde tenha um ambiente de trabalho

adequado, com condições de desenvolver seu trabalho de forma digna e respeitosa e oferecer ao cliente um ambiente acolhedor.

Os estudos levantados nesta pesquisa^(3, 4, 5, 6, 7, 8, 12) demonstram que após 7 anos de introdução deste novo modelo de reorganização, as unidades ainda não se adequaram realmente as propostas relacionadas aos processos, estruturas e resultados.

Deste modo, podemos perceber que o plano diretor ainda encontra-se em fase de implantação na maioria das unidades, com predominância de fragilidades em sua execução.

Comprometimento dos Profissionais de Saúde no Processo de Implantação do PDAPS

O comprometimento dos profissionais que participaram direta e indiretamente na implementação do plano diretor também foi alvo de discussões pelos estudos levantados.

A visão fragmentada da assistência em saúde, a participação inexpressiva nas oficinas, a falta de empenho por parte dos gestores de saúde (seja por não conseguirem conciliar as atividades diárias com a participação nas oficinas ou por não acreditarem na total implementação desta estratégia de renovação da APS) citados em três estudos^(3,4,12), talvez seja um reflexo da

falta de comprometimento profissional com esta nova proposta de melhoria da saúde.

Vale ressaltar que o comprometimento dos profissionais vai além da participação nas oficinas, ele inclui principalmente a mobilização interna e a motivação para levar adiante as novas práticas apreendidas nas oficinas almejando mudar a realidade e não apenas servir como um mero receptor de informações.

Por outro lado, o empenho, o interesse e o envolvimento por parte dos facilitadores é algo positivo a ser destacado, pois eles acreditaram na reestruturação da APS e se mobilizaram para que tal mudança fosse alcançada: *“Eu acho que as oficinas foram muito bem reaplicadas, eu acho que as meninas dedicaram, todo mundo que participou que conseguiu entender o que era a proposta. Então nesse ponto também foi positivo”* (G1M2)^(6,7).

Outro fator impactante na motivação dos profissionais está relacionado com as questões que dependem diretamente da gestão, dos setores de compra e do setor jurídico, visto que elas são resolvidas a longo prazo, de forma lenta, o que acaba gerando descrença na total implantação do PDAPS por parte dos demais envolvidos. Essa realidade é descrita em um dos estudos, ao relatar que 56,25% dos profissionais de saúde acreditam na implementação parcial do plano diretor⁽⁴⁾.

A maioria dos profissionais tem consciência de que a APS necessita ser estruturada a partir da estratégia concebida pelo plano diretor e que se sentem co-responsáveis pela sua implantação⁽⁴⁾, constituindo assim um fator mobilizante para o comprometimento profissional, porém ainda não foi efetivamente evidenciado como tal.

Outra questão discutida como fator desmotivante no processo de implementação desta nova ferramenta de gestão está relacionada aos vínculos empregatícios instáveis, a alta rotatividade dos médicos, a incerteza quanto às condições de trabalho e continuidade de projetos e do próprio funcionamento do serviço^(4,6,8).

Assim, as dificuldades encontradas neste processo impactam diretamente no comprometimento dos atores envolvidos, pois gera uma desmotivação e um sentimento de “querer abraçar a causa sozinha”, principalmente em relação à falta de apoio do gestor de saúde citada na maioria dos estudos.

Neste sentido, algumas estratégias de superação são sugeridas, como a contratação de profissionais, adequação da estrutura física, aproximação maior entre facilitadores e coordenação da atenção básica, mobilização dos funcionários, orientação da população e sensibilização do gestor de saúde⁽³⁾.

Impacto no Processo de Trabalho das Equipes e na Saúde da População

A proposta educacional do PDAPS de reorganização da APS propôs uma mudança no processo de trabalho das equipes e também na qualidade de saúde da comunidade.

Dentre os impactos positivos ocorridos no processo de trabalho, destacam-se a organização da APS, a capacitação dos profissionais, a ampliação do conhecimento, maior conscientização da equipe, realização de diagnóstico local, a reestruturação dos serviços para alcançar as metas, a integração da equipe e a normalização das ações a partir da utilização das linhas-guia⁽³⁾.

A humanização da assistência⁽³⁾ reflete o impacto positivo da reestruturação dos serviços na saúde da comunidade. O acolhimento humanizado foi discutido na oficina 5 “Acolhimento e classificação de risco”, e despertou a equipe para a necessidade de humanizar o processo de acolhida da população, principalmente durante a procura pela demanda espontânea. Este impacto é evidenciado na fala de um dos participantes do estudo de Belga e Silva. *“Eu acho que a visão do profissional de saúde, que começou a ver a unidade com outros olhos, que começou a preocupar com a questão do receber, do acolhimento, da importância do acolhimento, antes de se fazer qualquer diagnóstico, de ouvir, de escutar, de*

ouvir o paciente, que muitas vezes procura a unidade para ser ouvido (Gestor M4)^(6:7).

Embora os impactos no processo de trabalho sejam positivos e relatados pelos participantes do estudo, também é discutido o enorme desafio dos profissionais em compreender esta nova proposta de trabalho, com incorporação parcial dos objetivos propostos nas oficinas, em especial pela oficina 5 que abordou o acolhimento e classificação de risco⁽⁸⁾.

Esta resistência é percebida por parte de alguns profissionais enfermeiros e médicos, em relação à implantação do Protocolo de Manchester como uma ferramenta de triagem e acolhimento nas unidades de atenção primária. Segundo estes profissionais, esta ferramenta não é adequada para ser implantada na atenção primária e sim na rede hospitalar, o que demonstra uma falta de compreensão em relação à APS como porta de entrada do usuário para os demais serviços de saúde, possibilitando uma melhoria do acesso a rede de urgência e emergência⁽⁸⁾. “A gente faz a classificação de risco, mas com protocolo é difícil, eu sei que é, mas não é uma invenção daqui do município utilizar o Manchester para a atenção básica, mas eu particularmente não gosto porque ele não foi feito para a atenção básica, então ou agente tenta seguir ao pé da letra e não fica legal porque a maioria das queixas são muito parecidas e não se

encaixam e aqui é raro ter um paciente que é passado na frente porque está passando mal, aqui geralmente passa na frente o paciente que está com pressão muito alta, paciente com vômito e diarreia ou mesmo igual outro dia chegou uma moça que tinha cortado o dedo numa maquina de fatiar. Então as vezes você vai seguir o protocolo e dá que o paciente é verde, mas não é, você tá vendo que ele é azul, que não precisa ser passado na frente” (Enfermeira)^(8:104).

O Protocolo de Manchester constitui uma ferramenta de organização e priorização do atendimento, porém, os profissionais ainda relatam um desequilíbrio entre a demanda espontânea e a programada, bem como a falta de clareza do papel dos funcionários na educação da população para esta nova maneira de sistematizar o cuidado prestado à saúde da mesma⁽⁸⁾.

Ainda, é notória a dificuldade dos profissionais em organizar o atendimento programado nas unidades: “A atenção primária ela apaga muito incêndio, ela toma ações do dia a dia daquela comunidade, que são imediatas, ações emergenciais ou ações de demanda espontânea... O programa que a gente trabalha não é para isso, ele atende esse tipo de público, mas ele é direcionado para ações eletivas, ações de promoção e prevenção e não curativa igual a gente faz” (E8)^(7:5).

Esta realidade é resultado da herança do modelo biomédico, individualizado e voltado para o atendimento das condições agudas que foi priorizado durante séculos pela saúde pública no Brasil. Assim, a nova proposta de organizar o serviço, a partir do Protocolo de Manchester e do atendimento programado à mulher, criança, idoso, hipertenso e diabético, será alcançada de forma gradual e em longo prazo, num contínuo processo de educação e conscientização da população.

Apesar das mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes, verifica-se que estas ocorreram principalmente durante a realização das oficinas, como parte de uma “obrigação” a ser cumprida neste momento, e que posteriormente não seria dada continuidade ou não seria percebida como uma mudança a ser realizada de forma contínua e seqüencial.

“Pode-se analisar que a descontinuidade deve-se tanto á finalização das Oficinas no modelo programático, mas também pode ser atribuída à “desresponsabilização” da gestão municipal na execução das políticas^(6:10)”.

Os achados do estudo reforçam essa explicação uma vez que "os municípios parecem ter executado as ações apenas para cumprir o exigido pelo governo estadual, fazendo com que a proposta fosse concluída antes mesmo de se tornar algo permeável e

comum no cotidiano da Atenção Primária à Saúde" ^(6:11).

Diante do exposto, destaca-se os principais desafios para a continuidade do processo, como a alta rotatividade dos profissionais da atenção primária e a necessidade de investimento da gestão na atenção básica⁽⁷⁾.

A dificuldade dos profissionais em implantar as linhas-guia, mesmo durante o processo de implementação do PDAPS⁽⁸⁾, pode ter impactado negativamente na qualidade da saúde ofertada, pois entendemos que o êxito na organização do serviço será melhor alcançado com a implantação de diretrizes clínicas norteadoras da assistência.

Uma das participantes do estudo de Martins contrapõe-se ao ponto de vista discutido anteriormente, ao questionar se a inserção de instrumentos padronizados pode melhorar as práticas de cuidado em saúde?⁽⁸⁾ Em contrapartida, um dos facilitadores pertencentes ao município de Belo Horizonte demonstra a importância conferida aos instrumentos padronizados ao relatar: “*Antes de começar a participar como facilitadora do PDAPS, eu vi que as coisas eram muito soltas porque no município não tem um protocolo, as coisas não funcionavam, não tinha uma linha a seguir, um protocolo a seguir, uma conduta certa a seguir. Cada um age de uma forma diferente* (E5)” ^(7:7).

Porém, de uma forma geral, o que se observa é que a partir da implantação do PDAPS, os municípios puderam analisar criticamente e reflexivamente a realidade local, evidenciando as fragilidades do sistema e obtendo conhecimentos e ferramentas de gestão capazes de organizar o serviço, melhorar o processo de trabalho das equipes e promover uma saúde de qualidade à população.

CONCLUSÕES

O PDAPS é uma estratégia inovadora e audaciosa na reorganização da atenção primária nos municípios mineiros. Surgiu a partir de criteriosas análises da estrutura e de indicadores de saúde no estado de Minas Gerais. Apresentou-se como uma excelente ferramenta para nortear e sistematizar as ações nos serviços de saúde com o objetivo de ofertar uma saúde de qualidade.

Verificou-se que as dificuldades na implantação do plano diretor se fizeram presentes na maioria dos municípios pesquisados. A falta de estrutura física, a escassez de funcionários, a falta de motivação profissional, a falta de apoio do gestor e da comunidade e principalmente a falta de credibilidade do plano impactaram negativamente na sua implementação.

O plano diretor constituiu um importante momento de aprimoramento e construção de conhecimento. Todos os

envolvidos neste processo tiveram a oportunidade de se qualificarem profissionalmente. O processo de trabalho diário ganhou um momento de discussão e reflexão, e os profissionais tiveram a oportunidade de juntos discutirem sobre a assistência prestada à comunidade, identificando as falhas, propondo melhorias com o suporte teórico das oficinas.

Arelado às tecnologias leve-duras, foi possível perceber que a tecnologia leve necessita ser priorizada como forma de humanizar o acesso aos serviços de saúde pela população.

Apesar de poder ser considerado uma importante ferramenta na gestão da saúde em Minas Gerais, são, ainda, escassos os estudos publicados sobre o PDAPS. Isso representa uma importante oportunidade de pesquisa a ser explorada, especialmente com o interesse na identificação e análise de elementos dificultadores e facilitadores para a efetividade dessa política, podendo fornecer aos seus formuladores, gestores e profissionais de saúde, informações relevantes na recondução e consolidação deste plano.

REFERÊNCIAS

1. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 1 - Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.

2.Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2004.

3.Costa, SM, Dias OV, Oliveira GS, Nascimento JE, Veloso VI, Souza LPS, et al. Processo de implantação do plano diretor da atenção primária à saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades. Revista Baiana de Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 fev 02]; 35(3): [cerca de (8)p.]. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/articled/view/274/pdf_86

4.Silva VQ, Silveira MP, Santos MM, Melo RSS. Avaliação do comprometimento dos profissionais da saúde do município de São José da Barra (MG) com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Revista Ciência Et Praxis [periódico na Internet].2011 [citado 2013 fev 02]; 4(7):[cerca de (5)p.]. Disponível em: <http://www.fespmg.edu.br/books/Revista-Ciencia-Et-Praxis/Volume-04-N-07-Janeiro-Junho-2011/files/assets/basic-html/page11.html>

5.Costa SM, Dias OV, Oliveira GS, Nascimento JE, Fonseca VIV, Silva LMC. Perfil e Atuação Profissional dos Facilitadores de Microrregiões do Norte de Minas Gerais. Revista Pró- univerSUS. 2011; 2 (1):75-82.

6.Belga SMMF, Silva KL. O impacto do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em municípios de Minas Gerais: a visão dos gestores. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [periódico na Internet]. 2013 [citado 2013 fev 03]; 4(1): [cerca de (12)p.]. Disponível em:< <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/271>

7.Silva KL, Ribeiro HCTC, Pereira LD, Martins BR, Viana JA, Belga SMMF. Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. Rev Rene [periódico na Internet]. 2012 [citado 2013 fev 02]; 13(2): [cerca de (9) p.]. Disponível: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/722>

8.Martins CC. Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde de Minas Gerais tendo por referência o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2012. [citado 2013 jul. 3]. Disponível em:< <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvssp.ict.fiocruz.br%2Flildbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D2901&ei=K0BYUscW2LDgA5HjgcgJ&usg=AFQjCNHkjWGYmZ4RsakabwidfpfaPKFXBw&bvm=bv.53899372,d.dmg>

9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Linha guia de atenção à saúde dengue. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2009.

10.Lanzoni GMM, Lino MM, Schveitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev Rene [periódico na Internet]. 2009 [citado 2013 fev 05]; 10(4). [cerca de (8)p.]. Disponível em:<
[http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_s
ite/a17v10n4.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a17v10n4.htm)

11.Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Bistafa MJP. Movimentos de educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. Rev Latino-Am Enfermagem[Internet]. 2011[citado 2013 fev 05]; 19(2): [cerca de (10)p.]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25

12.Arantes JJ. Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde em Unaí-MG [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2011. 158 p.

Sources of funding:No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013-10-11

Last received: 2014-02-13

Accepted: 2014-01-13

Publishing: 2014-05-30