

# POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

Opportunities and challenges of implementing the Primary Health Care Master Plan in a city in greater Belo Horizonte / Minas Gerais

Kênia Lara Silva<sup>1</sup>, Stephanie Marques Moura Franco Belga<sup>2</sup>,  
Renata Tarbes Machado<sup>3</sup>, Mariana Conceição Nunes<sup>4</sup>, Cláudia Renata Paula Orlando<sup>5</sup>

## RESUMO

O estudo analisa as potencialidades e os desafios na implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), no cotidiano dos serviços de saúde. Trata-se de estudo descritivo-exploratório cujos dados foram obtidos da aplicação de um questionário aos participantes das oficinas do PDAPS em um município da RMBH. Os resultados indicam como potencialidades a incorporação da realidade do trabalho dos participantes, proporcionando-lhes uma atualização de conhecimentos e tornando-os mais qualificados, e a possibilidade de se proporcionar maior satisfação aos usuários. Os desafios na implantação do PDAPS referem-se à equipe e à gestão municipal. Evidencia-se a necessidade do envolvimento dos profissionais e a reorganização dos processos de trabalho dos serviços que compõem a atenção primária à saúde no município-cenário.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado da primeira fase do projeto titulado Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) em municípios da microrregião Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté. O objetivo do artigo é analisar as potencialidades e os desafios no pro-

## ABSTRACT

The study analyzes the opportunities and challenges of implementing the Primary Health Care Master Plan (PHCMP) in everyday health services. It is a descriptive and exploratory study, in which data were obtained by applying a questionnaire to the participants of the workshops of the PHCMP in a city in the greater Belo Horizonte metropolitan area. The results indicate the possibilities of incorporating the reality of participants' work, giving them updated knowledge, making them more qualified, and the possibility of providing greater satisfaction to the users. The challenges in deploying the PHCMP refer to the team and the management of the city. There is evident need for the involvement of professionals and the reorganization of work processes of the services that comprise primary health care in the scenario city.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Health Management; Planning.

cesso de implantação do PDAPS no cotidiano dos serviços de saúde.

Tomamos, como ponto de partida, estudos que têm demonstrado que sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados na provisão de recursos, na equidade e em eficiência. Revelam também a importância da APS na orga-

<sup>1</sup> Kênia Lara Silva, enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora adjunta do departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: kenialara17@gmail.com

<sup>2</sup> Stephanie Marques Moura Franco Belga, Gestão de serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação Científica. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>3</sup> Renata Tarbes Machado, Enfermeira. Especialista em Programa de Saúde da Família. Enfermeira supervisora noturna do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

<sup>4</sup> Mariana Conceição Nunes, Nutricionista. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Nutricionista pela secretaria municipal de Sabará, Minas Gerais, Brasil

<sup>5</sup> Cláudia Renata Paula Orlando, graduanda em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Voluntária da escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Financiamento: Pro reitoria de Pesquisa, Universidade Federal de Minas Gerais

nização de redes de atenção o que garante continuidade do cuidado, integralidade e satisfação dos usuários.<sup>1</sup>

Um dos primeiros passos em direção à estruturação da atenção primária foi nas proposições da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, em 1978. Nesta Conferência, a APS foi defendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - além de torna-se concepção de modelo assistencial, de reorientação e organização de um sistema de saúde com garantia de atenção integral.<sup>2</sup>

No Brasil, a APS revelou-se com o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982. Representou uma estratégia importante para a universalização do direito à saúde que se seguiu à proposição da descentralização do sistema, culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira de 1988. Na Constituição, o primeiro nível do sistema engloba o conjunto de ações de atenção dirigidas às pessoas e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção da saúde e a prevenção de enfermidades.

Nesse cenário, o Programa da Saúde da Família (PSF) foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da APS, inicialmente, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991 e, a partir de 1994, com o PSF. Desde então, a Saúde da família passa a figurar no quadro do Ministério da Saúde como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde.

O estado de Minas Gerais, não obstante o cenário nacional, enfrenta desafios para aumentar a resolutividade e tornar-se referência em um sistema integrado e horizontal dos pontos de atenção à saúde, condição fundamental para reestruturar seu sistema de saúde. Contudo visualiza-se que, para além do aumento considerável da cobertura da APS, obtida no Estado nos últimos cinco anos, há que se implementar esforços para melhorar sua qualidade. Nesse sentido, o governo do Estado de Minas Gerais vem desenvolvendo, desde 2008, o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS).<sup>3</sup>

O Plano Diretor da Atenção Primária é a estratégia de implantação do Saúde em Casa na prática das equipes de APS dos municípios mineiros. Trata-se de uma resposta orgânica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) aos problemas que impedem a efetiva melhoria da qualidade da APS. Assim, o PDAPS vem sendo desenvolvido nas microrregiões de saúde numa ação coordenada da SES/MG e das Secretarias Municipais de Saúde.<sup>3</sup>

O Plano é caracterizado pelo esforço conjunto de

profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da APS, através do planejamento, da operacionalização e do monitoramento de ações que visam à melhoria dos indicadores de saúde, à qualidade e à resolubilidade da assistência.

Como estratégia educacional para a sua implantação, o PDAPS conta com oficinas, que são realizadas nos municípios e microrregiões do Estado e têm como público-alvo profissionais que atuam na APS e gestores de saúde. A proposição das Oficinas está sustentada nos princípios da educação de adultos, conformando tecnologias ativas de ensino-aprendizagem e envolvendo atores dotados de competências específicas durante todo processo. Não consiste em treinamento tradicional, mas em atividades presenciais e em períodos de dispersão. Durante as Oficinas, propõe-se que os profissionais realizem uma análise da APS no seu município, estudem os conceitos e os princípios da APS e elaborem um plano de fortalecimento para aplicação à realidade do município, utilizando-se dos instrumentos apreendidos durante os encontros presenciais.

Na estruturação das Oficinas do PDAPS, conta-se com três atores: o tutor, o facilitador e os participantes locais. Os tutores são profissionais das Universidades ou de instituições de saúde que assumem a condução da Oficina com os facilitadores e a supervisão da implantação do PDAPS nas microrregiões. Os facilitadores são profissionais vinculados à APS nos municípios e que assumem a função de reaplicar as Oficinas para os participantes no nível local. Os participantes são os demais profissionais da APS nos municípios que, após a participação nas Oficinas, apresentam os produtos para os facilitadores.

Essa forma de estruturação das Oficinas segue a metodologia proposta na Educação Permanente em Saúde em que tutores e facilitadores têm o compromisso de desencadear as ações de educação necessárias para o enfrentamento dos pontos críticos prioritários para a qualificação do sistema de saúde.<sup>4</sup> A Educação Permanente em Saúde visa estimular os processos de aprendizado dos participantes com enfoque nos problemas cotidianos dos serviços de saúde e nos processos de trabalho, promovendo o desenvolvimento institucional e individual.<sup>5</sup>

A implantação do PDAPS é composta por 10 oficinas, com um período de dispersão de cerca de dois meses entre uma e outra, para aprofundamento dos estudos e implantação dos instrumentos.<sup>3</sup> Os períodos de concentração são presenciais, para aquisição de conhecimentos e habilidades, e a dispersão ocorre no território de responsabilidade da equipe de saúde para aplicação prática dos conteúdos assimilados.<sup>6</sup> Na microrregião de Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté, alguns municípios parti-

cuparam das 10 oficinas do período de concentração em 2009 e 2010, sendo que o município em estudo reaplicou essas oficinas (período de dispersão) também nesse mesmo período.

Cada oficina foi organizada em dois dias, com módulo de 16 horas, sempre reservado momento para dinâmica com interação da turma, avaliação das atividades anteriores do período de dispersão, alinhamento conceitual com teorias atualizadas para cada assunto e elaboração de proposta e aplicação dos assuntos abordados na oficina, buscando a realidade de cada município.

Assim, o processo de implantação da PDAPS consistiu em realizar o conjunto das 10 oficinas e desenvolver os produtos propostos, nos períodos de dispersão. Entre os produtos esperados estão: analisar a APS, discutir os princípios de saúde e realizar o plano de fortalecimento da APS de cada equipe de Saúde da Família (ESF); realizar o diagnóstico local da ESF, após fazer a territorialização e cadastramento da população de abrangência, segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS); realizar a avaliação da demanda programada e da demanda espontânea, para aprimorar a agenda da ESF e implantar o acolhimento.

## METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como descritivo exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um município da região metropolitana de Belo Horizonte, no ano de 2010. Os sujeitos da pesquisa foram 229 participantes das oficinas do PDAPS no município cenário.

Para a coleta de dados, usou-se um questionário, contemplando as seguintes questões:

- Aplicação do conteúdo abordado nas oficinas do PDAPS na realidade de trabalho.
- Facilidades na aplicação dos conteúdos do PDAPS no dia-a-dia do seu trabalho.
- Dificuldades na aplicação dos conteúdos do PDAPS no dia-a-dia de trabalho.
- As mudanças no processo de trabalho e da equipe de ESF após o PDAPS.
- Novos conteúdos que poderiam ser abordados no PDAPS

Para a coleta, seguiu-se o contato com os sujeitos da pesquisa através de carta individual de apresentação do projeto de pesquisa e o termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse contato foi realizado no período de concentração da última oficina.

Em seguida procedeu-se à aplicação do questionário

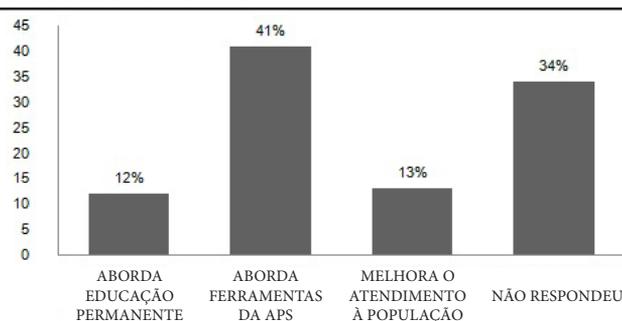
no período de dispersão das oficinas. Os dados foram tabulados com auxílio do software aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e submetido à análise estatística descritiva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) sob processo número ETIC 0361.0.203.000-10 e, devidamente, aprovado.

## RESULTADOS

Dos 229 participantes do município cenário que responderam o questionário, 81% afirmaram que o conteúdo abordado nas oficinas PDAPS aplica-se à realidade do seu trabalho. Entre esses, 41% ressaltaram que as oficinas do PDAPS abordaram ferramentas da APS que auxiliam na organização do processo de trabalho como trabalho em equipe multiprofissional, territorialização, diagnóstico situacional, acolhimento, abordagem familiar, entre outros. 13% dos participantes reconheceram que após participação nas oficinas do PDAPS, houve uma melhora significativa do atendimento à população e 12% dos participantes afirmaram que as oficinas contribuíram para a educação permanente das equipes de saúde, qualificando os profissionais quanto aos princípios da atenção primária à saúde.

**Figura 1** - Aplicação do conteúdo do PDAPS na realidade do trabalho na APS.



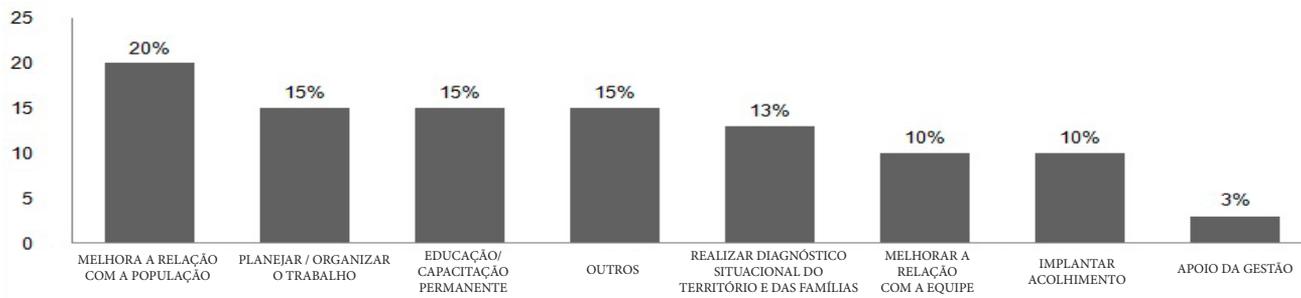
Fonte: Dados da pesquisa; 2010.

Os resultados revelam que há aspectos que demonstram facilidades para a aplicação dos conteúdos do PDAPS no dia a dia do trabalho na APS. Como se observa na Figura 2, 20% dos participantes reconhecem a importância do PDAPS para melhorar a relação com a população e isso se constitui um fator facilitador para sua aplicação. 15% dos participantes afirmaram que o PDAPS pode possibilitar o planejamento e/ou organização do trabalho e representa uma estratégia de educação e/ou capacitação permanente, sendo estes aspectos que destacaram como facilitadores para a aplicação na reali-

dade de trabalho. 13% e 10% respectivamente dos participantes relacionaram como facilidades para a aplicação do PDAPS o potencial do Plano em instrumentalizar o trabalho na APS a partir da realização do diagnóstico si-

tuacional do território e das famílias, além de possibilitar a implantação do acolhimento e a melhoria da relação com a equipe.

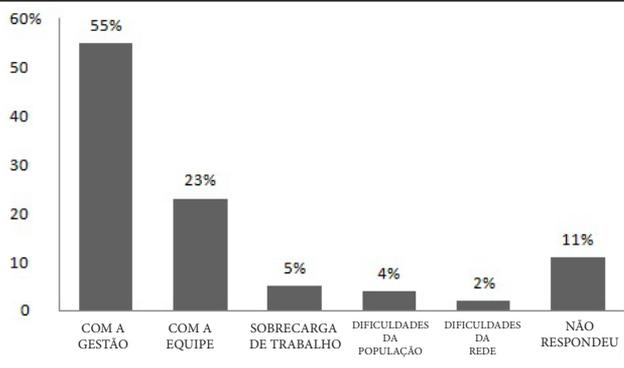
**Figura 2** - Facilidades na aplicação dos conteúdos do PDAPS no dia-a-dia do seu trabalho.



Fonte: Dados da pesquisa; 2010.

No que se refere à dificuldade de aplicação dos conteúdos do PDAPS, conforme apresentado na figura 3, observamos que, para os participantes, as dificuldades com a gestão representou 55% incluindo-se: falta de apoio, estrutura física, transporte, informatização, apoio do secretário, falta de planejamento, ausência de condições de trabalho, falta de capacitação, falta de protocolos. O segundo aspecto de maior expressão foi dificuldade com a equipe representando 23%. Nesse aspecto, foram citados: falta de envolvimento da ESF, ausência do trabalho em equipe, resistência à mudança, profissionais desmotivados, falta de organização no processo de trabalho, alta rotatividade dos profissionais, ESF incompleta. 5% dos participantes citaram sobrecarga de trabalho e para 4% dos participantes pesquisados o que dificulta a aplicação é a aceitação da população e dificuldades com a rede 2%.

**Figura 3** - Dificuldades na aplicação dos conteúdos do PDAPS no dia-a-dia do seu trabalho.



Fonte: Dados da pesquisa; 2010.

No que se refere às modificações no processo de trabalho do participante e da sua equipe, 81% afirmaram

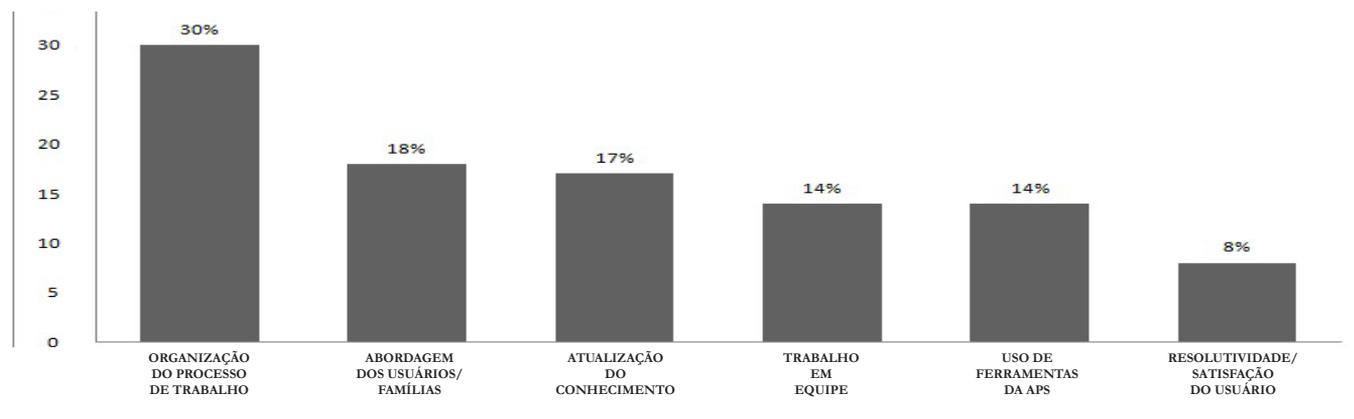
que o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) alterou tanto o seu processo de trabalho como também o da sua equipe. Destes, 30% evidenciaram a importância do PDAPS na organização do processo de trabalho, explicitando que, a partir do PDAPS, foi possível implantar o acolhimento, padronizar condutas, planejar ações, como também organizar a agenda dos profissionais. 18% dos participantes responderam que houve uma melhora significativa na abordagem dos usuários/famílias; 17% afirmaram que as oficinas do PDAPS foram fundamentais para a atualização do seu conhecimento na área profissional, tornando-os mais qualificados. 14% salientaram a importância das ferramentas da Atenção Primária à Saúde, pois, antes do PDAPS, algumas eram desconhecidas pelos profissionais como: ecomapa, genograma, classificação de risco das famílias, entre outras. 14% afirmaram que o PDAPS melhorou o trabalho em equipe, tornando-a mais unida e motivada. 8% dos profissionais responderam que, após a implantação de algumas teorias do PDAPS, foi visível o aumento da resolutividade e satisfação do usuário.

Com relação aos conteúdos que os participantes gostariam que fossem abordados nas oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, 27% sugeriram outros assuntos. Entre esses, 32% ressaltaram a necessidade de se oferecer oficinas relacionadas aos princípios e pressupostos da Estratégia de Saúde da Família e às atribuições dos profissionais nela inseridos: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde; 30% afirmaram que gostariam que as oficinas tivessem abordado conhecimentos técnicos científicos relacionados com o cotidiano do seu trabalho como elaboração e implantação de protocolos assistenciais nas áreas de: saúde da mulher, saúde mental, saúde da criança, saúde

do adolescente, entre outros; 21% dos participantes mostraram o interesse em se ter um maior conhecimento referente às questões relacionadas à gestão do município e condições de trabalho e 16% evidenciaram a importância

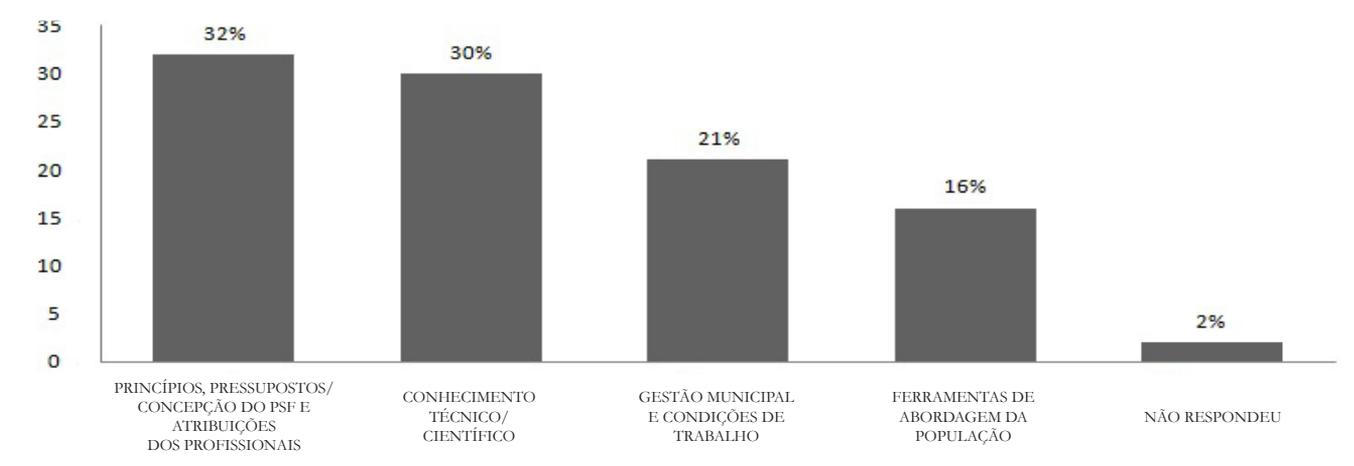
de se ter um maior aprofundamento em relação às ferramentas de abordagem da população como visita domiciliar, atendimento individual e humanização.

**Figura 4** - O que o PDAPS modificou no seu processo de trabalho e no da sua equipe.



Fonte: Dados da pesquisa; 2010.

**Figura 5** - Novos conteúdos que foram sugeridos para abordagem no PDAPS.



Fonte: Dados da pesquisa; 2010.

## DISCUSSÃO

A análise dos resultados revela a importância da educação permanente no cotidiano do trabalho na atenção primária à saúde. Os conteúdos abordados nas oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à saúde incorporaram-se à realidade do trabalho dos participantes, proporcionando-lhes uma atualização de conhecimentos e tornando-os mais qualificados. A aprendizagem significativa<sup>7</sup> vem ao encontro da metodologia de capacitação utilizada no PDAPS, na qual há diálogo e troca de experiências entre os participantes. O conhecimento adquirido

de maneira significativa é retido e lembrado por mais tempo uma vez que o trabalhador pode aplicar o conteúdo aprendido no seu cotidiano de trabalho. Assim, podem-se alterar as práticas profissionais proporcionando progressos na atuação profissional.

Ficou evidente o quanto a abordagem em relação às ferramentas da atenção primária à saúde como territorialização, classificação de risco das famílias, genograma e acolhimento proporcionaram uma inquietação entre os profissionais que, ao viabilizarem as suas implantações,

organizaram os seus processos de trabalho, resultando numa assistência à saúde mais resolutiva para os seus usuários.

Inicialmente, uma das solicitações do PDAPS foi que cada equipe de saúde da família realizasse o diagnóstico local da sua área de abrangência através da territorialização e confecção dos mapas inteligentes, evidenciando as barreiras geográficas e os equipamentos sociais, pois, após conhecer a sua área de atuação, seria possível planejar ações de saúde para a referida população. O território, na condição de cotidiano vivido, é o local onde se dá as interações entre as pessoas e os serviços de saúde, possui características específicas como população e problemas de saúde, porém quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral.<sup>8</sup>

Para que se tornasse possível o conhecimento das características do território e dos dados epidemiológicos da sua população, foi necessário que a equipe conhecesse cada indivíduo através do cadastramento e da classificação de risco das famílias por critérios socioeconômicos e clínicos. A classificação das famílias foi uma metodologia que possibilitou classificar as famílias por grau de risco a partir do conhecimento das peculiaridades da família: renda familiar, saneamento básico e alfabetização do chefe da família e patologias crônicas presentes nos diferentes ciclos de vida.

A elaboração do diagnóstico local possibilita a visualização das características da população e de seus problemas de saúde bem como a análise do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite que as ações de saúde sejam planejadas e implantadas de acordo com as necessidades epidemiológicas de cada região geográfica, aumentando-se, assim, o vínculo da população com a unidade de referência.<sup>9</sup>

Após a interpretação do diagnóstico local, as famílias que apresentaram alto risco de vulnerabilidade social tiveram a sua dinâmica familiar analisada através do genograma e do ecomapa, apontados pelos participantes como instrumentos importantes na abordagem familiar que os auxiliaram no conhecimento do contexto familiar e a sua relação com as redes de apoio social. O genograma facilita a visualização da constituição e dinâmica familiar através da representação gráfica por símbolos e códigos padronizados; o ecomapa facilita a visualização da relação dos membros dessa família com o meio em que ela está inserida, sendo possível observar a interação com as pessoas, instituições e grupos sociais.<sup>10</sup>

Outra ferramenta apontada pelos participantes como um importante avanço no cotidiano do trabalho foi o acolhimento que, depois de implantado, possibilitou a organização da demanda espontânea e da demanda programa-

da, além de ampliar uma abordagem mais qualificada dos usuários.

A prática do acolhimento em saúde é um elemento que traduz atitudes humanizadas, éticas e de solidariedade através da necessidade de resgatar o cuidado humano, contribuindo para amenizar o sofrimento do outro, deixando muitas vezes os parâmetros técnicos em segundo plano.<sup>11</sup> O acolhimento possibilita prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, pois busca atender a todos que necessitam do serviço de saúde a partir de uma escuta qualificada.<sup>12</sup>

O PDAPS possibilitou uma maior interação e motivação entre os integrantes da equipe, pois propiciou momentos de discussões, valorizando a atuação profissional de cada membro da equipe. A possibilidade de manifestar opinião resulta na sensação de acolhimento e de valorização pessoal, motivando a equipe a enfrentar os problemas presentes no cotidiano do trabalho.<sup>13</sup>

Nas equipes de saúde, quando há dificuldades de comunicação entre os profissionais, os conflitos e a exaustão diante do trabalho são visíveis, gerando um trabalho ineficiente e ineficaz, aumentando a frustração dos profissionais diante da falta de resultados.<sup>14</sup>

Os resultados desta pesquisa, entretanto, apontam uma série de dificuldades no momento de implantar o PDAPS no cotidiano dos serviços, constatando a distância entre a teoria e a prática vivenciada pelos profissionais, pois grande parte enfrenta precárias condições de trabalho evidenciadas por falta de materiais, ausência de infraestrutura física das unidades de saúde, alta rotatividade de profissionais, equipes incompletas e ausência de protocolos. Em concordância com outro estudo, vários motivos justificam essa dificuldade, entre os quais se destacam: a longa vivência com o modelo biomédico de saúde, tanto no ensino como nos serviços, a demanda excessiva de usuários, a precarização do trabalho e a escassa capacitação em serviço.<sup>15</sup>

Alguns profissionais citaram que a falta de condições de trabalho também pode estar relacionada com a falta de adesão dos gestores que, apesar de ter apoiado a implantação do PDAPS no município, não se envolvem o suficiente com os problemas enfrentados pela atenção primária. Muitas vezes, o gestor implanta algumas ações desenvolvidas por outras esferas de governo, para não contradizer o que está sendo incentivado na política de saúde estadual ou nacional. Porém não se envolve o suficiente por não tê-la como prioridade na sua agenda. Reforça-se que os gestores possuem um papel fundamental no processo de implantação das políticas de saúde, pois cabe a eles manter a equipe unida e motivada a realizar as mudanças exigidas, direcionando as estratégias de saúde para o alcance

de um objetivo comum.<sup>16</sup>

Outra dificuldade apontada pelos participantes foi o trabalho em equipe, revelando que a falta de envolvimento e motivação de alguns profissionais compromete o trabalho multiprofissional. Além disso, é preciso destacar que, na implantação do PDPAS, no município cenário, algumas equipes de saúde da família encontravam-se incompletas ou possuíam uma alta rotatividade de profissionais, principalmente do médico generalista.

A desmotivação de alguns membros da equipe pode estar relacionada à sobrecarga, à falta de condições de trabalho, à desvalorização profissional e até mesmo à falta de vocação de alguns profissionais. Quase nunca há espaço no cotidiano de trabalho para se discutir as relações interpessoais e as dificuldades de comunicação estão sempre presentes. Isso acaba gerando conflitos e desmotivação dos membros da equipe e conseqüentemente a efetividade do trabalho cai e a frustração com a falta de resultado aumenta.<sup>15</sup> Observa-se, sobretudo, um significado nível de estresse e de exaustão diante do trabalho o que também acaba contribuindo para a alta rotatividade dos profissionais. Confirmando o exposto<sup>17</sup>, a alta rotatividade dos médicos está relacionada com a parcial realização profissional, somada ao limitado reconhecimento do médico por parte da população, a questão salarial e as condições desfavoráveis de trabalho.

Outro ponto citado no estudo, que causa a insatisfação dos profissionais da atenção primária à saúde e que vem ao encontro das dificuldades apontadas pelos participantes do PDAPS, é a falta de respaldo dos outros pontos de atenção à saúde da rede assistencial, tanto do setor secundário, para encaminhamento dos casos mais graves, como das instâncias governamentais, que burocratizam o atendimento.

Diante o exposto, a população acaba sendo a mais prejudicada, uma vez que sem a criação de um vínculo efetivo, as pessoas deixam de ser acompanhadas regularmente e se perpetuam os atendimentos eventuais.<sup>17</sup>

Durante a implantação do PDAPS, os profissionais encontraram resistência quanto à aceitação da população, principalmente, no que se refere ao acolhimento, pois os usuários querem ter os seus problemas resolvidos imediatamente. Para tanto, o essencial é desencadear processos e construir caminhos que levem em conta as necessidades da população, tendo como referência a redução das desigualdades e a promoção do bem-estar coletivos.<sup>18</sup>

Há que se argumentar que o acolhimento é uma ferramenta importante na organização da demanda e do processo de trabalho, porém a pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, antes de chegar ao médico, refletem-se na

equipe como cansaço e estresse. Ainda há dificuldades da população em aceitar que a decisão de acesso à consulta médica seja de outro profissional, deixando claro que o modelo biomédico ainda encontra-se presente na nossa cultura.<sup>19</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) como falta de infra-estrutura, recursos humanos, materiais e envolvimento de alguns membros das equipes de saúde da família, o PDAPS possibilitou um grande avanço na atenção primária à saúde no que se refere não somente à mudança de condutas das equipes de saúde da família que se envolveram no processo, como também à criação de um novo olhar dos profissionais sobre a importância da atenção primária à saúde (APS) em relação à rede assistencial de saúde.

Os participantes das oficinas puderam compreender que a APS deve ser estruturada nos municípios para ser a coordenadora da rede de atenção à saúde, devendo ser a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde. Assim, ela deverá ser capaz de oferecer uma assistência centrada não somente no indivíduo como também na família e na comunidade.

O PDAPS também proporcionou um conhecimento aos profissionais constituído dos princípios e ferramentas da APS que, depois de implantadas, auxiliaram na organização do processo de trabalho e numa assistência mais qualificada aos seus usuários.

Sabe-se que a melhoria na APS, após implantação do PDAPS, será gradual e em longo prazo, pois algumas equipes de saúde da família ainda encontram-se em processo de implantação. Sabe-se que o caminho a percorrer é longo para se conseguir alcançar uma APS ideal, uma vez que isso envolve investimentos financeiros, mudanças de paradigmas não apenas dos profissionais de saúde como também dos gestores e da população. Para se conseguir alcançar esse objetivo, é necessário mudança de conceitos relacionados a essa política de saúde e o PDAPS pode proporcionar essas transformações.

**Financiamento:** Proreitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais através do Edital de Apoio ao Professor Recém contratado/2010.

## REFERÊNCIAS:

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte:

- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2009.
2. Giovanela L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. FioCruz; 2008.112p.
  3. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.
  4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. Brasil: Ministério da saúde/Fiocruz; 2005. 160 p.
  5. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde Educ. 2005; 9(16):161-77.
  6. Minas Gerais. Escola de saúde pública do estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária a saúde em Belo Horizonte. Oficina 1- análise da atenção primária a saúde/ escola de saúde pública de MG/ Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
  7. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2009; 8(12):233-40.
  8. Santos LA, Rigotto MR. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2011; 8(3): 151-63.
  9. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública. 2005; 21(3):612-3.
  10. Pereira, Souza AP. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3):407-16.
  11. Esmeraldo G, Oliveira L, Souza MK, Araújo MM, Filho EC, Viana NE. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Rev APS. 2008; 11(4):362–73.
  12. Falk M, Falk J, Oliveira F, Motta M. Acolhimento como dispositivo de humanização: Percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev APS. 2010; 13(1): 4-9.
  13. Campos GWS, Guerreiro AVP. Manual de práticas na atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
  14. Campos EP, Chaves AD, Pereira CM, Fontaine JL, Santos LJ, Cardoso LMF, et al. Equipes do Programa Saúde da Família: estresse profissional e dinâmica de trabalho. Rev APS; 2010; 13(1): 46-54.
  15. Viana E, Almeida P, Soares N, Luna M, Esmeraldo G. Adequação dos profissionais de saúde ao Programa de Saúde da Família: propostas e conquistas. Rev APS. 2009; 13(1):109-17.
  16. Rocha MTVS, O gestor municipal de saúde e o programa de saúde da família: estudos de casos [monografia]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso; 2003.
  17. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(3):382-92.
  18. Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. s/l;s/d, p.261-81.
  19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 24(supl.1):s100.

---

Submissão: fevereiro/2012

Aprovação: setembro/2012

---