

Análise da Capacidade de Aliar Ações Padronizadas e Singulares na APS

Analysis of the Capacity to Combine Standardized and Unique Actions in Primary Healthcare

Rubens Cavalcanti Freire da Silva¹
Vitor Hugo Lima Barreto^{1†}
Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos¹

PALAVRAS CHAVES:

- Saúde da Família
- Atenção Primária à Saúde
- Serviços de Saúde

KEYWORDS:

- Family Health
- Primary Health Care
- Health Services

RESUMO

A política de saúde brasileira apresenta como diretrizes para a assistência à saúde as ações consideradas padronizadas, como as programáticas, e as ações singulares, como as de humanização. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a apropriação por parte de gestores e profissionais das diferentes ações tem-se dado de forma gradual, por meio de diversas intervenções por ambas as partes. Com o objetivo de analisar a capacidade de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), em contexto real, alcançar as metas propostas pelas ações programáticas, aliadas ao desenvolvimento de ações singulares, foi desenvolvida esta pesquisa. A partir de parâmetros assistenciais nacionais e internacionais para ações médicas na APS, foram realizadas projeções da capacidade assistencial, através de modelos de programação de resultados e do cálculo do índice de pressão assistencial (equação Stockmeier) de uma determinada ESF. As projeções foram então apresentadas à equipe em formato de grupo focal, no qual as contribuições foram analisadas qualitativamente. Assim, com os resultados da pesquisa, o presente estudo é útil no embasamento para se repensar as metas e parâmetros da APS.

ABSTRACT

According to Brazilian health policy, the country's healthcare guidelines include what are defined as standardized actions, established according to specific program protocols, and unique actions such as humanization. In primary healthcare (PHC), the uptake of the different actions by health system managers and health professionals has occurred gradually, through distinct interventions. The current study aimed to analyze the ability of a family health team (FHT) in a real context to achieve the proposed targets for programmatic actions, combined with the development of unique actions. Based on Brazilian and international parameters for medical procedures under PHC, the study included healthcare capacity projections using models for programming results and calculating rate of care pressure (Stockmeier equation) for a given FHT. The projections were then presented to the FHT in a focus group format, in which the contributions were analyzed qualitatively. Thus, with the research results, the current study is useful for backing a revision of PHC goals and parameters.

Recebido em: 22/09/2010

Aprovado em: 19/11/2010

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

[†] Prefeitura da Cidade do Recife, Recife, PE, Brasil; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

INTRODUÇÃO:

Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) e a reforma dos modelos pedagógicos dos cursos de saúde

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde – tem por objetivo principal a produção do conhecimento no contexto dos serviços assistenciais, integrando dois mundos há muito distantes: a academia e o trabalho em saúde. O desenvolvimento do PET-Saúde ocorre em cenários com processos de atualização e modificação constantes: as graduações em saúde; os serviços de assistência da Atenção Primária à Saúde; e a gestão da saúde.

A graduação dos cursos de saúde encontra-se em processo de reforma dos modelos pedagógicos, norteados pelas novas Diretrizes Curriculares. Incentivada por projetos de apoio criados pelo Ministério da Educação, tem dedicado esforços à reelaboração de currículos, desenvolvimento docente, metodologias ativas, novas abordagens avaliativas e uma inserção gradativa na realidade local de saúde. A inserção dos estudantes das várias áreas da saúde nos serviços ocorre de forma gradativa durante o curso e tem requerido uma atenção profunda e cuidadosa, dadas as diversas dificuldades apresentadas na saída dos estudantes das universidades.

A Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um cenário de aprendizagem complexo em que o social, o psíquico, o orgânico e o espiritual impõem-se ao processo educativo, não permitindo o isolamento “científico”. As ações padronizadas em saúde demonstram potenciais e limites, assim como as ações singulares, dentro de uma rede tão rica de fatores envolvidos no processo de saúde-doença. A organização dos processos de trabalho vigente nas Unidades de Saúde da Família tem despertado interesse de gestores e trabalhadores no sentido de produzir a integração entre os dois tipos de ações (padronizadas e singulares), porém as dificuldades apresentadas pelas equipes têm impedido o processo de transição. O presente estudo permite o aprofundamento das diversas faces dessa temática.

Estratégia Saúde da Família, ações programáticas e clínica ampliada

A Estratégia de Saúde da Família está organizada através de ações programáticas direcionadas para os ciclos vitais: saúde da criança; saúde da mulher; saúde do adulto; e saúde do idoso. Em cada um dos ciclos vitais, a ação programática prioriza aspectos específicos da saúde, levando em consideração a epidemiologia da morbimortalidade brasileira.

A forma de produzir saúde por meio das ações programáticas surge com o modelo de assistencial ação programática, desenvolvido na Secretaria de Estado de Saúde de São

Paulo na década de 1960. Porém, as ações programáticas não são observadas apenas nesse modelo assistencial, também são encontradas no modelo da oferta organizada, dentre outros. Essa maneira de trabalhar saúde se dá a partir de ações sistematizadas por meio de um planejamento centralizado que leva em conta a importância da epidemiologia com predomínio sobre o coletivo. Em contraposição ao modelo, surgem críticas segundo as quais o modo de produzir saúde pelas ações programáticas “controla a potencialidade da clínica, opondo a prática clínica à sanitária, contrapondo a atenção individual e a saúde pública, quando ambas utilizam conhecimentos originários tanto do campo clínico como do sanitário, e não leva em conta a autonomia nem do profissional da saúde nem do usuário”¹.

Na tentativa de reintegração dos conhecimentos da saúde coletiva e da clínica em saúde propriamente dita, Campos introduz o conceito de clínica ampliada. Para tanto, ele considera a coprodução singular da saúde e da doença em que as ações de profissionais e usuários se complementam na produção do trabalho em saúde. Propõe a ampliação do objeto da saúde coletiva e da clínica em saúde para o sujeito e para a responsabilidade sanitária, respectivamente. Sugere, para esses fins, a produção de modelos democráticos de gestão entre trabalhadores da assistência, gestores e usuários; readequação da formação de profissionais de um modelo fragmentado para um modelo integrativo; mudanças na organização do trabalho que mesclam padronização de ações com outros meios que facilitem uma clínica singular. O autor aponta, ainda, instrumentos técnicos, tais como: equipes de referência interdisciplinar; apoio especializado matricial; projeto terapêutico singular; conselhos de gestão; entre outros².

Os recursos referidos por Campos estão à disposição de todos os níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) ganha maior ênfase na produção de Gustavo Tenório, exemplo disso é a sua pesquisa de mestrado intitulada *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*³. A aplicação dos referenciais teóricos apresentados tem ocorrido de forma paulatina em todo o Brasil. Existem diversas produções teóricas, principalmente relatos de experiências locais na implementação de acolhimento, equipes de apoio matricial, etc. Mas existe pouco material acerca da viabilidade concreta da aplicação desses instrumentos em associação com as demandas previamente programadas e pactuadas.

Com o passar dos anos de implementação do programa e, conseqüentemente, da Estratégia Saúde da Família, acumularam-se atividades e metas a serem realizadas sem, no entanto, haver uma devida análise da capacidade técnica, temporal, espacial e mental das equipes em alcançá-las. No meio acadêmi-

co, há pouco debate e análise com relação ao tema a ser investigado no estudo. Após consulta a diversas fontes brasileiras, não foram encontradas pesquisas acerca do tempo necessário para que uma Equipe de Saúde da Família cumpra as ações programáticas.

Apesar da grande expansão da Atenção Primária à Saúde no mundo, após a Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata, e da diversidade das políticas instituídas nos diversos países, observou-se poucos artigos dedicados a este tema. Em Portugal, país em que a APS tem importância semelhante à do Brasil para o Sistema Nacional de Saúde, o médico Daniel Pinto, residente de medicina geral e familiar, desenvolveu a pesquisa intitulada: *Actividades preventivas e indicadores: quanto tempo sobra?* Nesse estudo, o pesquisador realizou um cálculo com base apenas em atividades preventivas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes executadas pelo profissional médico. Com o resultado do cálculo, ficou evidenciado que tais atividades ocupam 49,5% das consultas realizadas, concluindo que, para executá-las, o médico de família despende um tempo considerável, necessitando, assim, priorizar outras atividades de “maiores ganhos em saúde, segundo a medicina baseada em evidências”⁴.

Dessa maneira, no contexto apresentado, desenvolveu-se o presente estudo, mesclando informações quantitativas e qualitativas da realidade local de uma Equipe de Saúde da Família da cidade do Recife, em Pernambuco.

OBJETIVO

O objetivo é analisar a capacidade de uma Equipe de Saúde da Família, em contexto real, de alcançar as metas propostas pelas ações programáticas determinadas pelo Ministério da Saúde para a Estratégia Saúde da Família. Também se buscou avaliar como o modelo de organização da estratégia contribui para o desenvolvimento de uma clínica ampliada.

METODOLOGIA

Primeira Etapa

Trata-se de uma pesquisa dividida em duas etapas. Na primeira, foi realizado um estudo descritivo utilizando como base quantitativa os dados de 2009 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes à população adscrita da equipe estudada. Esses dados foram colhidos após realização da oficina de reavaliação do diagnóstico de área em janeiro de 2009, tendo sido posteriormente computados e sistematizados no Programa para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb), *software* desenvolvido pelo departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

O programa é uma ferramenta que:

Visa a apoiar as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os gestores (...) contemplando os diversos aspectos relevantes para a atenção à saúde da população. Sua utilização permite que, ao mesmo tempo, se efetive o processo de organização das práticas das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, e também que essas se apropriem da Programação Pactuada e Integrada e o Pacto da Atenção Básica⁵.

A partir das sistematizações efetuadas pelo Prograb, que forneceram o número de atividades a serem realizadas pela Equipe de Saúde da Família para o cumprimento das ações programáticas, foi calculado o tempo necessário para desenvolver tais ações, a partir das consultas médicas. Esse cálculo foi realizado utilizando como parâmetro o tempo por consulta proposto de 20 minutos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

A partir de duas variantes de número de consultas por habitante por ano: a) parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde apresentado pela Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002; b) parâmetro proposto por Maussner e Bahn, foi calculado o índice de pressão assistencial (IPA) por meio da equação de Stockmeier, representada a seguir. O IPA representa matematicamente a possibilidade humana de realizar atendimentos.

Calculado por esta equação, um índice de pressão assistencial menor que 1 (um) significa impossibilidade humana de realizar os atendimentos. Quando esse índice é superior a 1 (um), significa que é possível realizar os atendimentos, levando em consideração os parâmetros utilizados na equação. É sugerida uma margem de 20%, ou seja, um IPA ideal deve ser igual ou superior a 1,2.

FIGURA 1

Equação de Stockmeier

$$\frac{D \times H \times \text{NMEDIC}}{\text{NMCA MED} \times \text{TMA} \times \text{POPUL}} = \text{IPA}$$

Nota: D: número de dias de trabalho anual; H: horas de trabalho diário; NMEDIC: número de médicos; NMCA MED: média de consultas anuais por pessoa; TMA: tempo médio de atendimento em fração de hora; POPUL: população adscrita; IPA: índice de pressão assistencial.

A partir dos resultados quantitativos, foi analisada a viabilidade do cumprimento das ações programáticas e o número ideal de pessoas de uma população adscrita por equipe de saúde para o cumprimento de tais ações a partir do modelo de clínica ampliada, considerando a construção de vínculos, projetos terapêuticos singulares e de práticas integrativas em saúde.

Parâmetros

Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002:

Essa portaria do Ministério da Saúde apresenta os parâmetros para a Atenção Básica. Nela constam os seguintes números referentes a consulta/usuário/ano:

- consultas médicas básicas de urgência: 0,24-0,36;
- consultas médicas básicas (excluindo urgência): 1,26-1,89;
- total de consultas médicas básicas: 1,5-2,25.

a) Maussner e Bahn:

Epidemiologistas estadunidenses propõem a seguinte razão, referente a consulta/usuário/ano:

- 4,55 atendimentos por usuário por ano.

b) Tempo médio por consulta, Resolução nº 01/2005 do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe):

O CFM apregoa 20 minutos como o tempo necessário para se realizar anamnese, exame físico, elaboração de hipóteses diagnósticas e tomada de condutas de maneira eficaz.

c) Dias úteis no ano:

Excetuando-se os fins de semana dos 365 dias que compõem um ano, chega-se a um total médio de 242 dias úteis por ano.

Segunda Etapa

Na segunda etapa da pesquisa, foram analisados outros fatores que interferem no cumprimento das ações programáticas, tais como: fatores estruturais, políticos e conjunturais. Para tanto, foi realizada uma reunião com a equipe de profissionais de saúde, no dia 14 de junho de 2010, em que se apresentou alguns dos dados colhidos na primeira etapa, discutindo os resultados e suas implicações. A dinâmica da reunião foi compatível com a metodologia de grupo focal para pesquisas qualitativas, sendo direcionada por três perguntas norteadoras: 1) "O que vocês acham do planejamento proposto pelo Ministério da Saúde por meio do Prograb?"; 2) "O que interfere no cumprimento ou não do planejamento?"; e 3) "Como solucionar os problemas apontados na reunião?".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Coleta de Dados e Elaboração de Cálculos

Após alimentação dos dados referentes à população adscrita da Equipe de Saúde da Família estudada, com o total de 3.189 pessoas, foi planejado pelo Prograb a realização de 5.020 consultas médicas em um ano. Assim, o *software* elaborou o número

médio de 1,57 consultas médicas por pessoa por ano, estando de acordo com a Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, que fornece como parâmetro 1,5-2,25 consultas médicas básicas por pessoa/ano.

Com base no total de 5.020 consultas médicas em um ano e a partir do parâmetro 20 minutos por consultas, chegou-se ao número de 1.673 horas planejadas pelo Prograb para realização de consultas médicas ambulatoriais. Assim, excluindo-se o tempo destinado às reuniões técnico-administrativas semanais (um total de 193 horas em um ano), e levando em conta que em um regime de trabalho com 40 horas semanais somam-se 1.936 horas de trabalho por ano, concluiu-se que restam, aproximadamente, 17 minutos diários para o médico realizar suas demais atividades que não sejam consulta ambulatorial, tais como: atividades pedagógicas; ações coletivas de prevenção de doenças e promoção da saúde; participação em espaços de educação permanente oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde; além das suas necessidades pessoais. De acordo com o planejamento feito pelo Prograb, o profissional médico deve realizar uma média diária de aproximadamente 20 consultas.

Utilizando-se da equação de Stockmeier, obteve-se os seguintes resultados, apresentados na tabela 1, que evidenciam a impossibilidade humana de se prestar assistência à saúde no contexto estudado. Tal impossibilidade se mostra mesmo utilizando o parâmetro consulta/usuário/ano de 1,57 proposto pelo Ministério da Saúde (índice de pressão assistencial igual a 1,16, sendo o valor de referência maior ou igual a 1,2).

A impossibilidade humana de se prestar assistência aumenta quando utilizado o parâmetro consulta/usuário/ano de 4,55, proposto por Maussner e Bahn (IPA=0,40).

TABELA 1
Resultados da Equação de Stockmeier – 40h/sem. de consulta ambulatorial

Valores Fixos	Valor Variável NMCA MED	IPA
H: 8 horas;	1,57 consulta	
D: 242 dias;	(Ministério da Saúde)	1,16
NMEDIC: 1 médico;		
TMA: 0,33 hora (20 minutos);	4,55 consultas	
POPUL: 3.189 pessoas	(Maussner e Bahn)	0,40

Nota: D: número de dias de trabalho anual; H: horas de trabalho diário; NME-DIC: número de médicos; NMCA MED: média de consultas anuais por pessoa; TMA: tempo médio de atendimento em fração de hora; POPUL: população adscrita; IPA: índice de pressão assistencial.

Devido a fatores estruturais da Unidade estudada, na qual o uso das salas de ambulatório é dividido entre os profissionais das duas Equipes de Saúde da Família, além da residente de medicina da família, comunidade e dos internos do curso de Medicina e de Enfermagem da UFPE, só é possível a realização de meio expediente para consultas ambulatoriais. Assim sendo, o outro expediente é destinado a atividades externas (HiperDia, Terapia Comunitária, Visita Domiciliar, oficinas – em 2009 foram realizadas, por exemplo, oficinas de automassagem, oficina de cuidadores de idosos, entre outras) e reuniões técnico-administrativas (semanais) ou comunitárias (mensais).

TABELA 2

Resultados da Equação de Stockmeier – 20h/sem. de consulta ambulatorial

Valores Fixos	Valor variável	IPA
	NMCA MED	
H: 4 horas; D: 242 dias; NMEDIC: 1 médico; TMA: 0,33 hora (20 minutos); POPUL: 3.189 pessoas	1,57 consulta (Ministério da Saúde)	0,58
	4,55 consultas (Maussner e Bahn)	0,20

Nota: D: número de dias de trabalho anual; H: horas de trabalho diário; NMEDIC: número de médicos; NMCA MED: média de consultas anuais por pessoa; TMA: tempo médio de atendimento em fração de hora; POPUL: população adscrita; IPA: índice de pressão assistencial.

Dessa forma, também se realizou o cálculo da equação de Stockmeier tendo como variável 4h de trabalho diário. Os resultados, apresentados na Tabela 2, evidenciam que a impossibilidade humana de se prestar assistência na realidade prática é muito maior, uma vez que, com a redução pela metade do horário destinado a consultas ambulatoriais, reduz-se também pela metade o IPA. Assim, verificou-se que a estrutura física na USF estudada é um fator importante na redução da capacidade de aliar ações em saúde padronizadas e singulares no contexto da Estratégia Saúde da Família.

GRUPO FOCAL

A partir da discussão gerada pelos participantes do grupo focal, percebeu-se que algumas ideias convergiram em quatro temas centrais, os quais foram classificados como nuvens de ideias.

a) Nuvem de ideia 1 – Política nacional e gestão municipal

Parâmetros da Atenção Básica

O número elevado de usuários/famílias por equipe de saúde foi elencado como problema base no desenvolvimento de uma Atenção à Saúde, pois gera um aumento da demanda e, por conseguinte, aumento do número de procedimentos a serem realizados pelos trabalhadores. Assim, na opinião dos participantes, há uma diferente perspectiva entre a gestão e a assistência:

“[...] o Ministério da Saúde está mais preocupado com números que com a qualidade de atendimento. Nós prezamos pela qualidade”

Burocracia

Também foi indicado com fator dificultante do trabalho em saúde a burocracia exigida pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, o preenchimento de documentos, o que, para os participantes, demanda grande tempo que poderia ser priorizado para a assistência à população.

Estrutura das Unidades de Saúde da Família

Em se tratando da realidade de USF estudada, podendo-se também entender a várias outras unidades em semelhantes condições, a estrutura é um fator limitante, pois há pouco espaço para as equipes desenvolverem suas atividades.

Dificuldades em Estabelecer Diálogo com a Gestão

Os participantes relataram haver dificuldade no diálogo com a gestão municipal. Como exemplo, afirmam que, durante as reuniões técnico-administrativas com participação dos gestores, estes, quando questionados, pouco assumem as responsabilidades e dão respostas evasivas:

“Estão sempre ‘tentando resolver’.”

Responsabilidades Flutuantes

Os participantes relataram que, diversas vezes, a culpa dos problemas encontrados na unidade é transferida para a gestão municipal, a qual, por sua vez, transfere a responsabilidade para a esfera federal e vice-versa. Assim, a Equipe de Saúde da Família fica sobrecarregada.

b) Nuvem de ideia 2 – Relação com a população

Mobilização Popular Pode Gerar Prejuízo

Foi levantada a discussão de que a ESF tem de estar próxima à população, gerando mobilização, mas que em determinadas situações, dependendo do modo como se gera a participação

popular, há uma sobrecarga de trabalho, pois a população passa a exigir maior demanda e a cobrar dos trabalhadores melhorias que não lhes competem:

“A população na rua, sem entender isso, se choca com a gente, trabalhador. Ela cobra das pessoas erradas. Ficamos entre a cruz e a espada, no meio de um incêndio sem saber onde é a saída.” (depoimento de um dos participantes)

c) Nuvem de ideia 3 – Consequências

Trabalhador Sofre, Adoece

Como consequência da pressão sofrida pelo trabalhador, seja ela externa (vinda de gestores e população) ou interna (autocobrança), surge o adoecimento:

“Quanto maior a sobrecarga de trabalho para cumprir as metas, maior será o adoecimento do profissional e, conseqüentemente, menor vai ser a produção.”

d) Nuvem de ideia 4 – Propostas de solução

Organização das Agendas

Uma maneira de superar a problemática do fator estrutural é a organização das agendas das equipes:

“Uma das coisas que a gente faz hoje, já que a unidade não oferece o espaço, não tem o número adequado de consultórios, é tentar organizar a agenda. Então, enquanto um faz ambulatório, o outro vai fazer visita. Fazemos esse arranjo.”

Pesquisas em Saúde Coletiva

Para embasar uma transformação das metas e parâmetros propostos pelo MS, há a necessidade de se criticar a partir de pesquisas que partam da realidade e das possibilidades de ofertas das Equipes de Saúde da Família. Dessa forma,

“com base em estudos acadêmicos, a gente faria uma proposta de modificação das metas. E não em cima apenas do que gente acha, mesmo sabendo que na realidade não conseguimos cumprir. A partir daí, há como propor alguma meta que não a do ministério. E eu desconheço estudos, com relação a esses indicadores gerais em saúde da família.”

Expansão do Número de Equipes de Saúde da Família

A expansão do número de Equipes de Saúde da Família gera uma maior distribuição das populações adscritas, com a redução do número de pessoas cobertas por equipe.

“Se a comunidade possuísse mais 3 ou 4 postos, nós não seríamos tão sobrecarregados.”

Ações coletivas

“Os grupos como a Terapia Comunitária e o HiperDia acabam sendo uma assistência coletiva. Dessa forma, além de um trabalho de qualidade, a gente tenta diminuir a demanda.”

CONCLUSÃO

O presente estudo abre a perspectiva para uma análise crítica da APS, levando em consideração sua capacidade assistencial e as diversas relações presentes no processo de trabalho das equipes. Ressalta-se que, por ser um estudo inicial, possui fatores limitantes, como o fato de apenas haverem sido analisadas as ações desenvolvidas para o trabalhador médico, não sendo estudadas as demais categorias participantes da Estratégia Saúde da Família.

Também é válido citar a possibilidade de se comparar o planejamento proposto pelo Prograb com outras tecnologias de planejamento de ações de uma ESF, como, por exemplo, a planilha desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Tal análise comparativa estava presente no projeto desta pesquisa, porém, devido à incompatibilidade com o preenchimento dessa planilha a partir dos dados acessíveis aos pesquisadores, não foi possível realizá-la.

Considera-se que, no aspecto qualitativo do estudo, a metodologia do grupo focal também poderia ser aplicada a usuários e gestores, ampliando-se as percepções e análises dos resultados da pesquisa.

Ressalta-se ainda a necessidade de que gestores, profissionais e usuários apropriem-se da gestão do cuidado, possibilitando uma transformação tanto do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, como do modo como a Atenção Primária à Saúde se estrutura.

REFERÊNCIAS

1. Costa W, Maeda S. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. *Saúde Debate*. 2001;25(57): 15-29.
2. Campos GWS. orgs. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Cunha GT. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. Campinas; 2004: , 2004. 182p. Tese [Mestrado] – Universidade Estadual de Campinas.
4. Pinto D. *Actividades Preventivas e Indicadores – Quanto Tempo Sobra? Pôster apresentado na XIV Jornada do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul*; 2009 Out 26-28; Lisboa.

5. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: Programação de Gestão por Resultados/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS;2006. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Mauser JS BAHN AK. Introdução à Epidemiologia. p. 356, Lisboa: Fundação CalousteGulbenkian; 1990.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rubens Cavalcanti Freire da Silva e Vitor Hugo Lima Barreto contribuíram na revisão bibliográfica, elaboração de projeto, coleta de dados, cálculo de projeções das ações programáticas e índice de pressão assistencial, coordenação do grupo focal,

transcrição do material gravado no grupo focal e análise de conteúdo. Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos orientação metodológica.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rubens Cavalcanti Freire da Silva
Rua Demócrito de Souza Filho, 370 ap. 1503
Madalena – Recife
CEP. 50610-120 PE
E-mail: rubenscavalcanti@gmail.com