

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

LIVIA ANGELI SILVA

**JEQUIÉ/BA
2011**

LIVIA ANGELI SILVA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância em Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA
2011**

S581 Silva, Livia Angeli.

Avaliação do grau de implantação da estratégia saúde da família em municípios de pequeno porte/ Livia Angeli Silva. Jequié 2011.
129 f.: il.; 30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2011. Orientador
Prof^o Dr. Cezar Augusto Casotti.

1.Programa de saúde da família 2.Atenção à saúde 3.Avaliação
em saúde I.Título

CDD – 614.0981

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Livia Angeli. **Avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno porte**. 2011. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA

Cezar Augusto Casotti – Orientador e Presidente da Banca
Doutorado em Odontologia Preventiva e Social. Universidade Estadual Paulista
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Sônia Cristina Lima Chaves
Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Vera Lúcia Peixoto Mendes
Doutorado em Administração. Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Jequié/BA, 01 de Dezembro de 2011

DEDICATÓRIA

À Deus, o grande criador, mestre dos mestres, que guia todos os meus passos e me dá forças para vencer os desafios que diante de mim são colocados.

Aos meus pais, Raimundo Lago da Silva e Elizabete Angeli da Silva, que souberam valorizar o papel da educação, e que, principalmente, transmitiram valores que norteiam todas minhas escolhas de vida. A vocês, devo tudo que alcancei até hoje.

Eu os amo muito.

Ao meu irmão **Magno Angeli Silva**, que com sua tranquilidade peculiar, companheirismo e carinho me motiva sempre. Amo você.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador **Cezar Augusto Casotti**, pelo comprometimento, dedicação, paciência e principalmente, cuidado. Como um exemplo de profissional, você foi bem mais que um orientador, foi um grande amigo. Sem palavras para descrevê-lo...

Ao **Instituto Federal da Bahia**, instituição comprometida com a educação pública de qualidade, pela licença concedida, permitindo assim o total aproveitamento deste curso e crescimento profissional.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia**, pelo financiamento do PPSUS e concessão de bolsa de mestrado, favorecendo assim uma melhor dedicação e a elaboração de trabalhos de qualidade.

À **minha família**, pelo apoio incondicional, principalmente a minha tia **Edite Lago da Silva Sena** pelo incentivo e a **Família “de Jesus”** (Graça, Nito, Isac, Isabel e Raquel) pelo acolhimento.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, que através do corpo docente deste Programa de Pós-graduação, muito contribuiu com a construção de preciosos conhecimentos. Foi muito bom estar de volta a esta casa.

À professora **Adriana Alves Nery**, supervisora do estágio de docência, exemplo de compromisso e dedicação. Obrigada pela atenção, ensinamentos, cuidado e amizade.

À professora **Vanda Palmarella Rodrigues**, pela competência que admiro desde minha graduação, contribuiu direta e indiretamente na construção deste trabalho. Muito obrigada por topar o desafio de participar como segunda avaliadora.

Aos **meus colegas de turma**, pelos conhecimentos construídos e experiências compartilhadas. Em especial aos meus amigos **Murilo da Silva Alves** e **Viviane dos Santos Souza**, pelo companheirismo. Vocês foram dois presentes especiais que ganhei neste curso de mestrado.

Ao Professor **Kléryson Martins Soares Francisco**, pela amizade e contribuições durante a coleta de dados neste outono.

Ao Professor **Douglas Leonardo Gomes Filho** que teve importante papel na etapa final deste trabalho.

Aos **meus colegas de trabalho do IFBA**, em especial à minha grande amiga e “chefe” **Emília dos Santos Gonçalves** pela motivação e incentivo.

À **Neilma Souza Bispo**, pela competência e disponibilidade, tornando nossa vida acadêmica menos difícil. Através de você, agradeço a todos aqueles que “anonimamente” trabalham no quadro técnico-administrativo dessa instituição.

Às professoras **Sônia Cristina Lima Chaves** e **Vera Lúcia Peixoto Mendes**, pela disponibilidade e contribuições dadas desde a qualificação até a defesa.

Aos sujeitos da pesquisa, sem os quais este trabalho não teria se realizado.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída no Brasil com o objetivo de reorientar as ações de Atenção Básica e contribuir para mudanças no modelo de atenção. Sua expansão vem acontecendo em ritmos e graus diferentes, refletindo as múltiplas realidades municipais. No Brasil, aproximadamente, dois terços dos municípios são de pequeno porte, e neles a implantação da ESF começou com atraso, todavia tem alcançado maiores proporções de cobertura potencial. O presente estudo objetivou avaliar o grau de implantação da ESF em dois municípios de pequeno porte de uma microrregião da Bahia, que possuem 100% de cobertura da ESF há dez anos. Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo grau de implementação. Foi realizada análise descritiva dos aspectos político-institucionais e organizacionais e avaliado os aspectos técnico-assistenciais a partir de uma matriz de imagem objetivo. Os dados foram coletados no período entre março e julho de 2011. Foram sujeitos do estudo: Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores da Atenção Básica e Vigilância à Saúde, responsáveis pelo sistema de informação, profissionais de nível superior e de nível médio da ESF. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista, observação participante e análise documental. Os resultados evidenciaram um modelo de implementação da ESF sem muitas singularidades, contrapondo-se com uma realidade sócio-demográfica precária. Foi verificado um grau de implantação incipiente da ESF nos dois municípios, embora em um deles alguns critérios foram melhor avaliados. O município que apresentou condições mais favoráveis nos aspectos político-institucionais e organizacionais, obteve melhor desempenho no que diz respeito à territorialização e organização das ações de saúde. Não houve diferenças quando avaliado o estabelecimento de vínculo equipe-população e trabalho em equipe. Identificou-se dificuldade em realizar ações de educação permanente, bem como formação de equipes de trabalho devidamente capacitadas, mesmo onde foram observados vínculos estáveis e garantia de condições de trabalho. A alocação de recursos na atenção básica e as dificuldades com acesso aos serviços especializados também se constituíram limites importantes. Verificou-se o estabelecimento de parcerias para ações intersetoriais, mas assim como as demais ações coletivas, são pontuais e não consideram a análise de situação de saúde. O conhecimento do território é limitado e as ações não refletem as necessidades da comunidade. As atividades são planejadas na medida em que surgem os problemas ou de acordo com as propostas das ações programáticas. O trabalho em equipe não é integrado e os projetos terapêuticos não refletem o contexto familiar e comunitário, refletindo ainda uma prática biomédica. Diante dos resultados é possível concluir que nos dois municípios, o tempo de implantação da ESF, a alta cobertura e as condições favoráveis ao fortalecimento da atenção básica, não conduziram à mudanças significativas no modelo de atenção à saúde. Os avanços observados no sentido de romper com as práticas médico-centradas revelam um modelo com foco nas demandas. As ações intersetoriais existentes revelam possibilidades para mudanças, entretanto requerem projetos de governos mais sólidos, e principalmente capacidade de gestão para que sejam implementadas no sentido de atender às necessidades sociais e de saúde da população desses municípios.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Atenção à Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Family Health Strategy (ESF) was established in Brazil in order to refocus the actions of Primary Care and contribute to changes in the model of care. Its expansion is happening in different rhythms and degrees, reflecting the multiple local realities. In Brazil, approximately two thirds of the municipalities are small, and in them the ESF implementation started late, but has achieved higher proportions of potential coverage. This study aimed to evaluate the degree of implementation of ESF in two small municipalities of a Bahia micro region, which have 100% coverage of ESF for ten years. It is an evaluative study of an implementation degree type. It was performed a descriptive analysis of the political-institutional and organizational aspects and evaluated the technical and attendance aspects from an objective image matrix. Data were collected between March and July of 2011. Study subjects were: Municipal Health Secretaries, Primary Health and Health Surveillance Coordinators, staff responsible for the information system, higher and mid-level education professionals of the ESF. For data collection it was used interview, participant observation and document analysis. The results showed a model of implementation of the ESF without many singularities, contrasting with a poor socio-demographic reality. ESF implementation degree in both municipalities was classified as insipiente, although there were in one of them, some better evaluated criteria. The municipality that presented the most favorable conditions in either the political-institutional and organizational aspects performed better with respect to the territorialization and health activities organization. No differences were found when assessed the population and teamwork bonding establishment. It was found difficulties to perform actions of permanent education as well as the creation of work crews properly trained, even where stable work bonds and working conditions guarantees were observed. Resource allocation in primary care and difficulties in accessing specialized services also constituted important limitations. It was noticed partnerships initiatives for intersectoral actions, but as other collective actions, they are punctual and do not consider the analysis of health status. The knowledge of the area is limited and the actions do not reflect the community's needs. Activities are planned according to the problems outbreak or considering the programmatic actions. Teamwork is not integrated and therapeutic projects do not consider family and community contexts, reflecting a biomedical practice. Considering the results it is possible to conclude that in both cities, the ESF implementation time, the wide coverage and the favorable conditions for primary care strengthening, did not lead to significant changes in the health care model. The advances made in order to break with the physician-centered practices reveal a model focusing on demands. The intersectoral existing actions reveal possibilities for change; however require stronger government projects, and especially higher management capacity, so that they could be implemented in order to meet these municipalities population social and health needs.

Keywords: Family Health Program; Health Care; Health Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01 - Características geográficas e econômicas dos municípios-caso, segundo dados do IBGE 2010 e Datasus 2010. Jequié-BA, 2011.....	33
Tabela 02 - Distribuição numérica e percentual dos sujeitos entrevistados de acordo com o segmento que representam. Jequié-BA, 2011.....	34
Tabela 03 - Características dos sujeitos do estudo de acordo com o segmento e município estudado, Jequié-BA, 2011	40
Tabela 04 - Características sócio-demográficas dos municípios, segundo dados obtidos junto ao IBGE, Datasus e Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2011.....	43
Tabela 05 - Aspectos político-institucionais por município estudado. Jequié-BA, 2011.....	44
Tabela 06 - Aspectos organizacionais dos municípios-caso. Jequié-BA, 2011	51
Quadro 01 - Avaliação da implantação da ESF nos municípios-caso. Jequié-BA, 2011.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	-	Atenção Básica
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CRAS	-	Centro de Referência de Assistência Social
DIRES	-	Diretoria Regional de Saúde
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
MAC	-	Média e Alta Complexidade
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PACS	-	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PIB	-	Produto Interno Bruto
PPLS	-	Planejamento e Programação Local em Saúde
PPSUS	-	Pesquisas Prioritárias para o SUS
PROESF	-	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSE	-	Programa de Saúde na Escola
PSF	-	Programa Saúde da Família
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	-	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 O papel da Atenção Primária na reestruturação dos sistemas de saúde	18
2.2 As mudanças nos Modelos de Atenção como alvos das políticas públicas de Saúde	22
2.3 A Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção	25
2.4 Avaliação em saúde	27
3 METODOLOGIA	30
3.1 Tipo de Estudo	30
3.2 Estabelecimento da imagem objetivo	31
3.3 Local do Estudo	32
3.4 Sujeitos do estudo	33
3.5 Coleta de dados	34
3.6 Análise dos dados	36
3.7 Aspectos éticos	37
4 RESULTADOS.....	39
4.1 Caracterização dos sujeitos	39
4.2 Características sócio-demográficas dos municípios	42
4.3 Aspectos Político-institucionais	44
4.4 Aspectos organizacionais	50
4.5 Aspecto técnico-assistencial	58
5 DISCUSSÃO	72
5.1 Caminhos e descaminhos para a mudança do modelo de atenção: características gerais da implementação da ESF nos municípios-caso	72
5.2 Grau de implantação da ESF e sua relação com os aspectos político-institucionais e organizacionais	88
6 CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE	106
ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

As concepções em torno da lógica de organização dos sistemas de saúde, voltados para modelos de atenção centrados no usuário-cidadão, ganharam força a partir da realização da Conferência de Alma Ata em 1978. Desde então, a Atenção Primária à Saúde (APS) se fortaleceu nas discussões internacionais e logo em seguida, foi reafirmada como caminho para alcançar o desafio proposto na Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, de “Saúde para todos no ano 2000” (BUSS, 2003).

Nessa concepção, APS se constitui como foco principal dos sistemas de saúde, representando o primeiro nível de contato do indivíduo com esses sistemas e visa garantir cuidados de caráter universal e com continuidade, de maneira sustentável nos aspectos sócio-econômicos (OMS, 1978).

Assim, as nações que aprovaram a declaração na conferência, e outras que aderiam posteriormente, como é o caso do Brasil, assumiram compromissos com a OMS de reestruturar os seus sistemas de saúde. Ainda neste período, as agências internacionais passaram a desenvolver ações para o fortalecimento da APS. Entretanto, em alguns países, principalmente aqueles em desenvolvimento, prevaleceu a concepção de atenção primária seletiva, com um conjunto de ações limitadas, focadas no controle de doenças e agravos mais prevalentes e voltadas para grupos vulneráveis (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, desde esse período, foram implementadas ações visando fortalecer a APS, a maioria impulsionada pelo Movimento de Reforma Sanitária que se fortaleceram gradativamente. Surgiram também os obstáculos, advindos dos grupos que representavam o modelo hegemônico médico-assistencial privatista. Todavia, o Movimento de Reforma Sanitária conseguiu se fazer presente na VIII Conferência Nacional de Saúde, culminando com a aprovação de diretrizes que trouxeram mudanças no sistema de saúde no país. Tal marco se consolidou dois anos depois com a aprovação da Constituição Federal em 1988 e conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2003).

Desde a sua criação por meio das Leis 8.080 e 8.142 de 1990, o SUS tem como uma de suas prioridades a expansão e estruturação da APS, denominada

nacionalmente de Atenção Básica, com fins de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde, tentando se aproximar de uma concepção de APS mais abrangente. Nesse contexto de reestruturação dos serviços de saúde a partir do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), ainda numa perspectiva focalizadora, a partir do qual se tentava superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Logo nos seus primeiros anos de implantação, o PSF apresentou características diferentes dos demais programas verticalizados. A proposta potencializava o desenvolvimento de ações voltadas para o território, favorecendo a integralidade das ações, fazendo com que, em 1997, fosse reconhecido como estratégia para reorientação da atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 1997).

De acordo com documentos do Ministério da Saúde (MS), a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) perpassa por um conjunto de ações que integram promoção, prevenção e recuperação da saúde, que deve ser implantada de forma substitutiva aos serviços existentes (BRASIL, 1997, 2007). Neste sentido, esta estratégia colabora para a obtenção do resultado ao qual a Atenção Primária se propõe que é a resolução de 85% dos problemas de saúde da população (OMS, 1978).

A implementação da ESF a partir de 1998 aconteceu em contextos diversificados e com intensidades e características também muito diferenciadas. Inicialmente, sua implantação aconteceu de forma mais rápida em municípios de grande porte, mas sem atingir boa cobertura. Posteriormente cresce a sua implantação em municípios menores, proporcionando a expansão da cobertura potencial (BRASIL, 2004; PEREIRA, 2006).

Dados oficiais do MS apontam crescimento da cobertura potencial da ESF que passou de 1,9% em 1998, para 28,6% em 2002, 44,0% em 2006, chegando a 52,3% em 2010 (BRASIL, 2010). Porém, esse aumento ocorreu de forma diferenciada, tanto em relação ao ritmo como em proporção, entre as regiões brasileiras e grupos de municípios com maior ou menor renda *per capita*. (BRASIL, 2006).

Uma avaliação normativa realizada pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 1998 e 2002, revelou variações no que se refere à estrutura e ao processo de

trabalho entre os municípios e as regiões brasileiras (BRASIL, 2004). As regiões Norte e Nordeste se destacam por apresentarem insuficiência de equipamentos, a Sul por ter uma forma de contratação menos precária e a Norte por oferecer a melhor remuneração.

Ainda considerando os dados desta avaliação, verificou-se que um elevado número de equipes não utilizava no processo de trabalho mapas da área e não participava de reuniões com a comunidade. Variações regionais ainda foram evidenciadas no atendimento de enfermagem, nas ações de vigilância epidemiológica, na capacitação da equipe, apoio diagnóstico e referência. Em que pesem essas diferenças no processo de trabalho, a melhoria de indicadores de efetividade foi verificada em municípios com estratos de coberturas mais elevadas da ESF.

Vale ressaltar que este estudo apresentou limitações advindas do longo tempo de coleta de dados e a recente implantação das equipes de saúde bucal. Contudo, ainda assim, revela aspectos importantes que podem comprometer a mudança do modelo a que se propõe a ESF, ainda que esta venha proporcionando melhoria de alguns indicadores de saúde.

Outros estudos avaliativos, identificados nas principais bases de dados de pesquisa, apontaram avanços da capacidade instalada, projetos de governo que priorizam a Saúde da Família, melhoria do acesso à atenção básica, estabelecimento de vínculo entre equipe-população e incremento das ações preventivas. Ao mesmo tempo foram identificados limites, os quais comprometem a ESF no cumprimento do seu papel reorientador da mudança do modelo de atenção, tais como a política de pessoal, a capacidade de governo, políticas intersetoriais no nível da gestão municipal, integralidade da atenção e das práticas, vínculo com responsabilização, territorialização e participação popular.

Nos estudos supracitados predomina um grande número de municípios com resultados satisfatórios no que tange à melhoria de indicadores de saúde e grau de satisfação de usuários, contrastando com uma avaliação insatisfatória em relação aos seus processos de trabalho (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

Tais evidências confirmam que a mudança do modelo de atenção está comprometida, uma vez que se constitui no componente dos sistemas de saúde

relativo às práticas desenvolvidas, ou seja, ao processo de trabalho (PAIM, 2008). O que nos leva a pensar na possibilidade de utilização da roupagem do PSF, mas na verdade, reproduzindo velhas práticas ambulatoriais/curativistas, porém com melhoria de acesso aos serviços.

Entre as limitações para o sucesso da ESF, de acordo com Viana (2006), está a baixa cobertura potencial nos municípios de grande porte, fato que levou o MS a implantar o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF). Este programa contribuiu como incentivo para a implementação de ações e ainda desenvolvimento de pesquisas avaliativas em municípios com mais de 100 mil habitantes (HARTZ; CONTADRIOPOULOS, 2008).

Nos municípios de pequeno porte, que apresentavam baixa ou nenhuma capacidade instalada no período inicial de implantação da ESF, a expansão ocorreu de forma acelerada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Todavia, esses municípios enfrentam problemas como a insuficiência de infra-estrutura, que prejudica a oferta de serviços nos demais níveis de atenção, fazendo com que a institucionalização da estratégia dependa de ações que na maioria das vezes extrapolam a capacidade municipal (TEIXEIRA, 2006a).

A partir de uma busca realizada nas principais bases de dados científicas identificou-se carência de estudos avaliativos da ESF em municípios de pequeno porte. Os poucos encontrados não objetivam a identificação de particularidades do processo de trabalho que visam colaborar com a orientação das políticas locais e sim apontam apenas para o ritmo de expansão da ESF. Diante disto, esses municípios implementam as ações de saúde pautadas em diretrizes nacionais e estaduais.

Considerando que o percentual de municípios de pequeno porte (população igual ou menor que 20.000 habitantes) no Brasil é de 70,5% e na Bahia é de 59,5% (BRASIL, 2010), torna-se de grande interesse investigativo conhecer tais realidades locais. Nesta perspectiva, pautando as discussões na avaliação da Atenção Básica, mais especificamente na ESF, emerge a pergunta de pesquisa: a ESF está sendo capaz de promover a mudança no modelo de atenção em municípios de pequeno porte, uma vez que possuem grau avançado de cobertura potencial?

Para responder a esta pergunta, considerando o conceito de modelo assistencial de Paim (2003, 2008) e ainda as considerações de Teixeira (2006a),

acerca das dimensões que envolvem a construção de novos modelos, foi definido como objetivo geral do estudo:

- Avaliar o grau de implantação da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da mudança no modelo assistencial em dois municípios de pequeno porte da micro-região de saúde de Jequié/BA com mais de uma década de 100% de cobertura.

Como objetivos específicos foram estabelecidos:

- Caracterizar o aspecto político-institucional da Estratégia de Saúde da Família nesses municípios;
- Descrever os aspectos organizacionais e gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde segundo a lógica da Atenção Primária à Saúde;
- Analisar a dimensão técnico-assistencial das Equipes de Saúde da Família a partir dos princípios norteadores do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo objetivou-se definir os marcos teóricos que sustentam este trabalho e versa sobre: o papel da atenção primária, a mudança do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família e a avaliação em saúde.

2.1 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A preocupação com ações de atenção primária, se considerada na perspectiva das ações de saúde coletiva, que privilegia as ações de prevenção, encontra indícios desde os escritos referentes a antiga Grécia permeados pela mitologia e representada pela figura da Higéia (ALMEIDA FILHO; MEDRONHO, 2009). Enquanto componente da organização de serviços, destaca-se na década de 20 o Relatório Dawson que orienta o sistema de saúde Inglês e que reconhece na Atenção Primária o primeiro nível de atenção e essencial para estruturação do sistema como um todo (STARFIELD, 2002).

Todavia, a discussão acerca da Atenção Primária ainda levou algumas décadas para ganhar mais adeptos e passar a fazer parte do seio das discussões da saúde. Além do modelo do sistema de saúde inglês, outras experiências de APS em países em desenvolvimento, muitas delas tendo leigos como sujeitos, desencadearam debates no cenário internacional. Contribuiu para isso, a mudança de concepção dentro da própria OMS, as críticas às ações de controle de doenças desenvolvidas por essa entidade e ainda, a própria crítica a baixa resolutividade do modelo biomédico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O marco para o fortalecimento e a expansão das discussões sobre Atenção Primária aconteceu em 1978 com a realização da I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde em Alma Ata no Casaquistão (ex-URSS). Os ganhos advindos dessa conferência vão desde o foco dado à área fazendo as nações voltarem seus olhares e refletirem sobre o tema; passam pelos aspectos conceituais do que seria Atenção Primária, a que ela se propõe e qual o seu papel nos sistemas

de saúde e chegam até as conquistas políticas, pois foram feitos acordos e traçado metas em que as nações se comprometeram a fortalecer a Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Neste referido momento foi dado então, um impulso para prosseguir os debates até os dias atuais, no qual a carta de Alma Ata continua sendo documento de referência para estudos e estruturação de serviços de saúde.

Na referida carta,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978)

A partir da definição de APS na Conferência de Alma Ata, alguns países começaram a repensar suas concepções sobre essa temática. Starfield (2002) discute formas de visualizar a APS, a saber: conjunto de atividades, nível de atenção, estratégia para reorganizar a atenção à saúde e filosofia que permeia a saúde. Ela mesma tece sua crítica à primeira forma como inadequada por serem as atividades da APS não exclusivas e reafirma que os propósitos das ações da APS serão alcançados quando a mesma for concebida de modo a integrar essas formas de visualizá-la. Essa autora ainda acrescenta que a APS não é caracterizada pela estrutura nem pelos profissionais e sim pelas características clínicas de seu público alvo, bem como seus problemas e isso perpassa pelos múltiplos diagnósticos, foco nas ações de prevenção e conhecimento da clientela.

Como estratégia de reorganização dos serviços de saúde, já remete ao pensamento de que devem existir princípios norteadores. Todavia, não pode existir um modelo rígido, suas funções e atividades terão que estar atrelados às necessidades de saúde de cada população. Por esse motivo, a APS chegou a ser criticada pelas agências internacionais, as quais as consideraram pouco específicas. A despeito dessas críticas, as ações de APS estabelecem a base para um modelo

de atenção com foco para o usuário-cidadão e suas práticas estão orientadas para a comunidade, voltadas para a família, para qual faz-se necessário o conhecimento dos aspectos culturais e identificação das necessidades dos diferentes grupos populacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Para que a APS se constitua o foco dos sistemas de saúde, estes precisam verificar se os seus atributos estão sendo contemplados pela organização dos serviços e prática de saúde. São atributos da APS: o primeiro contato, para o qual a acessibilidade é requisito principal, mas também precisa que este nível de atenção se constitua filtro para os demais níveis de atenção; longitudinalidade, garantindo regularidade na atenção, através de estabelecimento de vínculo e adscrição de clientela; abrangência, buscando a integralidade; coordenação, onde o primeiro nível de atenção tenha resolutividade e oriente a utilização dos serviços de todo o sistema; orientação para a comunidade, mediante o conhecimento aprofundado de sua realidade e garantindo os espaços de participação popular; centralidade na família, tanto no que diz respeito ao cuidado quanto a produção de informação local; competência cultural, sendo capaz de identificar as especificidades de cada grupo (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Carta de Alma Ata (1978) aponta alguns elementos que se busca com o fortalecimento da Atenção Primária. Dentre eles podemos destacar a questão da equidade, efetividade das ações, desenvolvimento social com inclusão e justiça, uma vez que se objetiva o alcance de uma condição de saúde de forma que o indivíduo tivesse condição de se estabelecer na sociedade dignamente e ter uma vida produtiva. Assim a APS representa uma alternativa estratégica para a redução das iniquidades em saúde uma vez que deve estar focada nos determinantes da saúde (STARFIELD, 2002).

Estudos apontam que quanto maiores os recursos sociais dos indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de melhores condições de saúde. Desta forma, se estabelece uma relação entre desigualdade econômica e desigualdade ao acesso à saúde. E foi justamente nesse contexto que se fortaleceu o discurso da necessidade de se priorizar as ações de APS, defendida como uma possibilidade de redução dos efeitos decorrentes da desigualdade social (RONZANI; STRALEN, 2003).

Priorizar ações de atenção primária à saúde significa inverter a lógica de mercado, da saúde individual e fortalecer as ações que focalizem a coletividade. É segundo Ayres (1995), pensar a saúde pautada em sua relação com a sociedade.

Neste sentido é que Mendes (1999) descreve que as tecnologias empregadas no primeiro nível da atenção são de menor densidade e maior complexidade, pois seus recursos no que tange a estrutura, equipamentos e materiais são de baixo custo, todavia precisa lançar mão de conhecimentos das diversas ciências e seus instrumentos tecnológicos. Assim, a saúde passa a ser pensada numa associação entre as ciências Biológicas, Humanas e Sociais buscando a compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual.

Mesmo diante desta concepção descrita acima de APS, foram difundidas entre as nações, duas vertentes de interpretação desse tipo de ação. Nos países mais desenvolvidos, predominou a interpretação mais abrangente, já nos países em desenvolvimento, se restringiu a uma interpretação de APS seletiva. Essa última, se constituía em pacotes de ações destinadas ao enfrentamento dos problemas de saúde mais críticos de países menos desenvolvidos e normalmente, sob influência das agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde, descrita na literatura internacional, recebeu a denominação de Atenção Básica à Saúde, a partir da criação do SUS, numa tentativa de distanciar dos programas de APS seletivos e focalizados difundidos pelas agências internacionais e que já vinha sendo implementados no país. Foi estabelecida como o primeiro nível de atenção à saúde, é estratégica na busca da garantia dos princípios do SUS e articula ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (SOUSA; MERCHÁN-HAMANN, 2009).

A APS, desde então, vem sofrendo inovações importantes, mas ainda reflete em muitas localidades o caráter focalizador e, durante algum tempo, os debates sobre as práticas de saúde, na pauta das políticas, deram lugar àqueles voltados à gestão e ao financiamento (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; TEIXEIRA, 2006a).

2.2 AS MUDANÇAS NOS MODELOS DE ATENÇÃO COMO ALVOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Compreende-se modelo de atenção à saúde como combinações tecnológicas estruturadas voltadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos das populações, que para tanto requer ações sobre os próprios indivíduos, mas também, no ambiente, equipamentos e grupos populacionais como um todo (PAIM, 2003). Este autor trabalha modelo de atenção, também denominado como modelo assistencial ou modos de intervenção em saúde, como um dos cinco componentes dos sistemas e serviços de saúde e que podem estar voltados para a demanda espontânea ou para as necessidades da população. Ainda acrescenta que modelo de atenção corresponde ao “conteúdo” dos sistemas de saúde, ou seja, às práticas (PAIM, 2008)

Para os modelos voltados à demanda, o autor destaca que esses estão centrados no atendimento ao que surge espontaneamente ou o que são induzidos pela oferta. Já a outra vertente, centra suas práticas na identificação de necessidades, sendo estas de saúde ou sociais que não necessariamente se expressam em demanda.

Estudos realizados em alguns países na década de 70, mostraram que o aumento dos gastos com o setor saúde eram incompatíveis com a melhoria do nível de saúde da população e que os problemas de saúde que mais afetavam os indivíduos eram aqueles relacionados aos cuidados primários (STARFIELD, 2002). Nestes países os modelos de saúde estavam todos voltados predominantemente à demanda espontânea e curativista.

Análises como esta contribuíram para o fortalecimento de movimentos que acontecia em diversos países em prol de mudanças mais substanciais nos sistemas de saúde e mostraram a necessidade de mudar a concepção de saúde para que pudessem modificar a lógica dessas combinações tecnológicas. Assim as discussões nos eventos internacionais que ocorriam em várias partes do mundo giravam em torno de necessidades de reformas dos sistemas de saúde no sentido de se estabelecer modelos de atenção à saúde que fossem alternativos ao que se tinha até então e que se mostrava ineficaz. (SILVA JUNIOR, 1998)

Mas para discorrer sobre os modelos alternativos faz-se necessário reportar aos modelos assistenciais que se estabeleceram e de onde partem as reflexões acerca das mudanças necessárias, até mesmo porque algumas características destes permanecem enraizadas em muitas das práticas em saúde e organização de serviços.

O principal, entre os modelos hegemônicos, é o modelo médico assistencial privatista. Este tem seu fortalecimento e consolidação nas descobertas da microbiologia e os estudos de Flexner nos EUA e Canadá (1910) que redirecionou a formação médica e incentivou a formação especialista em detrimento da generalista. Esse modelo, que tem como sujeito o médico e como objeto a doença, se desenvolve principalmente no âmbito hospitalar e tem um alto custo. Desta forma privilegia aqueles que podem pagar e ainda desvirtua as políticas públicas (SILVA JUNIOR, 1998).

De acordo com este autor, como reflexo da proposta flexneriana, materializado no modelo médico-hegemônico, evidenciou a crise da medicina científica, quando analisados a relação entre investimentos efetuados e resultados no estado de saúde da população. O acesso aos serviços reflete o nível de desigualdade social e no cenário da saúde pública, o financiamento de serviços de alto custo para beneficiar poucos, prejudica o financiamento de ações básicas das quais carecem a maioria dos indivíduos.

Neste contexto surgiu a proposta de medicina comunitária, que foi implementada para atender às necessidades das classes menos favorecidas, oferecendo serviços de atenção primária, principalmente. Essa proposta foi bastante criticada, por não promover uma real mudança no modelo de atenção, mas permitir uma convivência com o modelo flexneriano. Com isso mantinha-se a dicotomia entre a medicina básica para os pobres e a de alto custo para os ricos.

No Brasil, as discussões impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, pautavam-se nos problemas identificados na prestação de serviços de saúde e na inconsistência das políticas de saúde. As propostas de mudança, mesmo com a resistência dos defensores do modelo hegemônico, após a Constituição Federal de 1988, aos poucos se vai fazendo surgir novos cenários e novas frentes de debates. Fruto disso, tem-se os modelos de atenção como tema central das

Conferências Nacionais de Saúde nos anos de 1996 e 2000 que resgatam as discussões originadas nos anos 80 acerca dos modelos alternativos (PAIM, 2003).

Esses modelos alternativos tentam romper com as concepções de saúde e de serviço tradicionais, uma vez que amplia os sujeitos, coloca como objeto a saúde (determinantes/riscos/danos/necessidades) individual e coletiva e fortalece espaços de participação popular. Propõe a reorganização das práticas pautadas a partir da atenção primária, mas garantindo integralidade das ações e todos os níveis de atenção. Para tanto privilegia áreas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (TEIXEIRA, 2006a).

Esta mesma autora defende como ponto de partida para a mudança no modelo de atenção o processo de territorialização. Por meio dele se conhece os locais onde serão desenvolvidas as práticas, se identifica problemas e, principalmente proporciona a inter-relação dos sujeitos. É nessa proposta que a ESF se consolidou como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde.

Contudo, para o desenvolvimento de novas práticas e conseqüente mudança de modelo de atenção, as dimensões política, organizacional e técnico-assistencial devem ser consideradas. A política diz respeito aos mecanismos de condução do processo de reorganização dos serviços, a organizacional se refere à relação entre as unidades de prestação de serviços e a técnico-assistencial perpassa pelas relações estabelecidas entre sujeitos e objetos de trabalho.

Logo, além das características das práticas e da estrutura organizacional dos serviços acima citados, o componente do governo é imprescindível para que tudo isso se materialize. Neste momento a autora retoma o triângulo de governo proposto por Matus (1993), onde cada vértice apresenta um elemento importante. O primeiro, corresponde ao projeto de governo, que perpassa pelas intenções e propostas e são expressas nos documentos oficiais. O segundo, é a capacidade de governo, que diz respeito à capacidade técnica da equipe para implementar o que o projeto de governo propõe. Por último, está a governabilidade, que diz respeito ao nível das relações a apoio dos grupos que dividem o poder.

Vários foram os modelos alternativos propostos e implementados no país nas últimas décadas. Alguns ainda voltados para a demanda, mas muito tem se construído com foco nas necessidades. Na verdade, eles assumem um caráter de complementariedade (TEIXEIRA, 2002), principalmente considerando a perspectiva

da Vigilância à Saúde. Esta, de acordo com o diagrama proposto por Paim (2003) perpassa por ações que se estendem desde a formulação de políticas públicas intersetoriais de promoção à saúde até a articulação das ações de APS com demais níveis de complexidade.

2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO

A partir da criação do SUS em 1990, foi necessário repensar a lógica dos serviços no país e estruturar o primeiro nível da atenção. Assim em 1992 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na tentativa de trabalhar na lógica de territórios e estabelecer vínculos entre usuários e profissionais. Com isso fortaleceria também a responsabilização dos profissionais e contribuía para a equidade pois seus objetivos perpassavam pela identificação de determinantes da saúde e pelo trabalho no âmbito da educação em saúde (BRASIL, 1993).

Dado o caráter focalizador, o PACS se mostrou limitado para reorganizar o modelo, diante da complexidade, uma vez que continuava a lógica do atendimento ambulatorial nas UBS, reproduzindo o modelo hegemônico e ainda fortalecendo o pensamento do SUS como uma política pobre para os pobres. Assim, o PSF surge em 1994 na perspectiva de construir práticas em saúde que mudassem essa lógica (PAIM, 2003).

A partir da experiência do PACS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que no início também manteve uma característica de focalização. Mas, apresentar características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da atenção básica, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1997).

Neste sentido, o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do

diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária (BRASIL, 1997, 2007).

A concepção da ESF perpassa pela estratégia de reorganização e fortalecimento da atenção básica, que enquanto primeiro nível de atenção ampliaria o acesso e qualificaria a atenção através dessas novas práticas (SOUSA; MERCHÁN-HAMANN, 2009). Segundo Trad e Bastos (1998), ela se consolida como estruturante de um modelo de atenção à saúde que esteja em sintonia com os princípios do SUS ou seja, com ações desenvolvidas a partir da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da co-responsabilização e da equidade.

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007), portaria operacional do Ministério da Saúde vigente, que orienta todo o Sistema de Saúde Nacional, define no que diz respeito à Atenção Básica o propósito de consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. A atual Política da Atenção Básica (BRASIL, 2011) reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica e regulamenta toda a estrutura, processo de trabalho e educação permanente na ESF, bem como as atribuições e responsabilidades das três esferas de governo.

De acordo com essa política, tem-se a ESF, não apenas como forma de expansão de cobertura de serviços e melhoria de acesso, mas de uma forma substitutivas às modalidades de serviços existentes. Da mesma forma que fortalece o caráter de universalização, se distanciando do caráter focalizador do início do PSF.

Ainda assim, com todas as características dispostas, as modalidades de implantação se diferenciam em cada realidade e de acordo com Viana e Dal Poz (2005) pode se configurar em três modelos de implantação. O primeiro, seria o Modelo Regional, fortemente influenciado pela política estadual, principalmente para o desenvolvimento de ações preventivas, como fortalecimento dos espaços intersetoriais e conta com a participação popular. O segundo, o Modelo Singular, é aquele que a partir do amplo conhecimento da realidade local, desenvolve suas ações de forma mais autônoma em relação a gestão estadual, tendo a características das parcerias com outras instituições. E o terceiro é o Modelo

Principiante, que se caracteriza por ações isoladas das demais esferas de governo e também da sociedade.

O desafio enfrentado pela ESF no que tange a conversão do modelo, está em promover a diferença na forma de pensar e de fazer no cotidiano a saúde das famílias, tanto nos aspectos da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos. Muitas vezes a prática continua limitada e não alteram significativamente a lógica do modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico (consultas, apoio diagnóstico), equipamentos e medicamentos (SOUSA; MERCHÁN-HAMANN, 2009).

Nesse sentido, pode se retomar a abordagem das tecnologias de menor densidade e maior complexidade que Mendes (1999) aponta como necessárias ao trabalho na APS. E ainda sobre isso vale ressaltar a necessidade de mudança no processo de trabalho na perspectiva do trabalho vivo, no qual requer o desenvolvimento das tecnologias leves que dizem respeito às relações de interação e subjetividade, que possibilitam a produção de acolhimento, vínculo, responsabilização e favorecem a autonomia do indivíduo (MEHRY, 2002).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação surge na sociedade de forma processual e sofrendo diversas influências de acordo com cada período histórico (GUBA; LINCOLN, 1989 apud FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Estes autores apontam quatro gerações da avaliação ao longo da história: a geração das medidas, da descrição, do julgamento e a emergente que é a da negociação.

Para fins deste trabalho, foram consideradas principalmente a terceira geração, que trata da emissão do juízo de valor e contribui para a tomada de decisão e dos processos de construção de padrões avaliativos sob várias perspectivas num contexto hermenêutico-dialético.

A avaliação em saúde, de acordo com Vieira-da-Silva (2005), está no contexto da avaliação dos programas sociais e que tem um amplo espectro que vai desde as atividades do cotidiano até o campo da pesquisa científica. Neste caminhar se encontra em posição intermediária a avaliação normativa, amplamente utilizada

em serviços de saúde, mas que difere da pesquisa por não fazer julgamento, apenas analisa a partir de critérios já pré-definidos (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A pesquisa avaliativa expressa o julgamento de práticas sociais, buscando responder perguntas sobre as mesmas, que a literatura especializada ainda não dispõe de resposta, através de metodologia científica. As práticas que tem sido objetos de investigação são políticas, programas e serviços (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). No âmbito da saúde pública a avaliação é extremamente necessária por viabilizar escolhas, planejamento e controle dos serviços prestados à comunidade (DESLANDES, 1997).

Quanto aos objetivos da avaliação, existe uma diversidade e podem ser oficiais ou oficiosos. Dentre os oficiais têm-se os estratégicos, formativo, somativo, transformador e fundamental. E os oficiosos são subdivididos de acordo com os atores envolvidos e os papéis que os mesmos ocupam no processo de execução das práticas a serem avaliadas (CONTANDRIOPOULOS, 2006 apud FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

O campo da avaliação se depara com uma enorme diversidade metodológica e conceitual. Esse fato se dá por duas razões principais: o estágio incipiente e a abrangência da mesma. Assim a escolha do método será guiado pelos atributos que se pretende avaliar (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Diante da abrangência e complexidade das práticas sociais que envolvem as políticas, programas e sistemas de saúde o ideal é a utilização de múltiplas abordagens metodológicas (PATTON, 1997 apud SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

Na avaliação voltada à Atenção Primária não pode deixar de considerar os aspectos conceituais da mesma e os propósitos que a constitui. O *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina) propôs em 1978 uma abordagem para avaliação da APS pautada nos atributos da acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Todavia, embora estes sejam atributos importantes e devam ser considerados na investigação, a proposta foi considerada limitada, uma vez que são atributos não exclusivos da APS, apresentavam indicadores com nível muito alto de desempenho e muitos deles representavam a capacidade potencial da APS. Assim, como alternativa para avaliação da APS, se propõe que sejam escolhidos métodos que avaliem o nível real de alcance das suas ações (STARFIELD, 2002).

Um outro aspecto importante a ser considerado na avaliação da APS, é a lógica da avaliação. Na avaliação da Atenção Básica aqui no Brasil de certa forma estamos avaliando os avanços proporcionados pela Reforma Sanitária, assim deve-se estar atento aos objetivos oficiosos acima citados. Logo precisa ir além da lógica da avaliação hegemônica e pautadas nos princípios da eficiência predominantemente da área econômica (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

Uma das necessidades que vem se destacando, diante da importância da avaliação na área da Política, Planejamento e Gestão, é a criação de uma cultura de avaliação, principalmente da avaliação interna e sua institucionalização. Contandriopoulos (2006) discute essa temática e inclusive a problemática da institucionalização não necessariamente garantir que seja criada a cultura de avaliar.

A avaliação da Atenção Básica no Brasil vem dentro deste cenário, crescendo e tendo o apoio do Ministério da Saúde conforme demonstrado por Almeida e Giovanella (2008), no entanto ainda apresenta alguns desafios. Dentre os desafios desse campo apontados pelas autoras, destaca-se a realização de pesquisa que apontem evidências sobre os impactos das inovações propostas pela ESF na organização do sistema e na saúde das populações.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, uma vez que segundo Contandriopoulos, (1997) é permitido ao pesquisador emitir juízo de valor acerca de determinada intervenção. Contudo, também foi adotado o ajuste feito a este conceito por Vieira-da-Silva (2005) que substitui o termo “intervenção” por “prática social”.

Os estudos avaliativos podem ser do tipo avaliação normativa ou pesquisa avaliativa (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). A avaliação normativa tem como principal referencial teórico Donabedian (1966), o qual propõe trabalhar com a tríade estrutura, processo e resultado, e faz seu julgamento comparando estes com os critérios e normas existentes. Enquanto na pesquisa avaliativa esse julgamento é realizado a partir de métodos científicos orientados por uma pergunta de investigação.

Optou-se por trabalhar com estudo avaliativo do tipo análise de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 2000), uma vez que objetivou-se avaliar o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, como reorientadora da APS. Neste método, por meio do desenvolvimento de um modelo teórico-lógico, é estabelecida uma imagem-objetivo, mediante a qual a avaliação é realizada (MEDINA et al., 2005).

O desenho de pesquisa adotado foi o estudo de caso, por propor uma avaliação de atributos relacionais que envolvem características dos processos, componentes da qualidade da atenção e promoção à saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Para a coleta de dados optou-se por trabalhar com métodos qualitativos e quantitativos, numa perspectiva de superação deste debate dicotômico, uma vez que o mais relevante é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo (BOURDIEU, 1989 apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Neste sentido, foi utilizada a triangulação de técnicas de pesquisa, na qual, segundo Minayo (2010) é possível lançar mão de várias fontes de dados com diferentes técnicas para coleta dos mesmos.

A proposta da triangulação aqui se adequou, uma vez que este trabalho é parte de um estudo maior, na proposta de Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Sendo assim, a mesma envolve diferentes sujeitos e pesquisadores de áreas de estudo diversificadas, o que culminou com o uso de diferentes técnicas de coleta de dados.

Nessa proposta de avaliar a modalidade de organização e práticas adotadas pelos municípios-caso, considerou-se ainda o pressuposto de Teixeira (2006a). A autora adota o conceito de Modelo de Atenção proposto por Paim (2003), e ainda sustenta que para efetivação de mudanças neste modelo de atenção, as dimensões político-institucional, organizacional e técnico-assistencial precisam estar articuladas.

Partindo desse pressuposto, foram analisados dados desses três aspectos. O foco principal foram as práticas das equipes da ESF que correspondem ao aspecto técnico-assistencial e para tanto a análise dos dados foi feita por meio da matriz de imagem-objetivo. Todavia, buscou-se fazer uma relação entre o grau de implantação alcançado, a partir da análise das práticas, com as características encontradas nas dimensões político-institucional e organizacional.

3.2 ESTABELECIMENTO DA IMAGEM OBJETIVO

Como exposto anteriormente, a pesquisa avaliativa pressupõe o estabelecimento de critérios científicos nos quais será pautada a avaliação. Desta forma, como este estudo se propõe avaliar a ESF na perspectiva de mudança do modelo de atenção, fez-se necessário estabelecer “a imagem objetivo”, bem como os critérios a serem utilizados durante a análise dos dados e seu posterior julgamento.

Nesta perspectiva, foi preciso resgatar os aspectos essenciais da APS que perpassam pelo foco na prevenção, o conhecimento da clientela e a intervenção coletiva e individual (STAFIELD, 2002). Além disso, foram também considerados os elementos debatidos pelos autores que caracterizam os modelos de atenção

alternativos: territorialização, necessidades da população como objeto das práticas em saúde, os sujeitos das ações formando equipe multidisciplinar, participação popular e integralidade da atenção (PAIM, 2008).

Assim, para proceder a avaliação do grau de implantação da ESF nos municípios, foi adotada a matriz de imagem-objetivo (ANEXO I) elaborada por Medina e Hartz (2009). Nela, as autoras propõem a avaliação segundo as dimensões trabalho em equipe e abordagem populacional comunitária. Esta última é dividida em três sub-dimensões: territorialização, organização das ações de saúde e estabelecimento de vínculo equipe-população.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em municípios da 13ª Diretoria Regional de Saúde da Bahia (13ª Dires) com sede no município de Jequié-BA, situada na Macro-região Sul de acordo com plano diretor de regionalização da Bahia.

Esta micro-região é formada por 25 municípios, dos quais, considerando o número de habitantes, 20 são classificados como de pequeno porte por apresentarem menos de 20.000 habitantes. Destes, 10 municípios de pequeno porte foram selecionados para participar de um projeto de Pesquisa Prioritária do SUS (PPSUS), conduzido por pesquisadores da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Para a seleção dos municípios considerou-se a proximidade geográfica do município sede da 13ª Dires e o aceite do gestor municipal para participar do estudo.

Por se tratar de um sub-projeto do PPSUS, optou-se por analisar, entre os dez municípios, os dois que possuíam 100% de cobertura da ESF há mais de dez anos. Algumas características desses municípios estão dispostas na tabela 01.

Tabela 01 – Características geográficas e econômicas dos municípios-caso, segundo dados do IBGE 2010 e Datasus 2010. Jequié-BA, 2011.

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIO 1	MUNICÍPIO 2
População	8.131	4.183
Território	323 Km ²	405 Km ²
Densidade Demográfica	25,2	10,3
Urbanização	40,8%	42%
Anos de emancipação política	85	49
Distância da capital	320 Km	355 Km
IDH	0,586	0,607
Atividade econômica	Agropecuária	Agropecuária e apicultura
PIB per capita (2008)	3.762,41	4.430,73
Ano de implantação da ESF	2000	2000
Cobertura da ESF	100%	100%
Nº de USF	03	02
Nº de equipe ESF	03	02

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os Secretários Municipais de Saúde (SMS); Coordenadores da Atenção Básica (CAB), Coordenadores da Vigilância a Saúde (CVS), Responsáveis pelo Sistema de Informação (RSI) e, Trabalhadores de nível superior e médio que atuam na ESF a saber: Médicos (MED), Enfermeiros (ENF), Cirurgião Dentistas (DEN), Técnicos de Enfermagem (TE), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A tabela 02 apresenta a distribuição numérica e percentual dos participantes do estudo que foram entrevistados, segundo segmento que representam.

Tabela 02 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos entrevistados de acordo com o segmento que representam. Jequié-BA, 2011.

SUJEITOS	MUNICÍPIO 01		MUNICÍPIO 02	
	N	%	n	%
Gestores				
Secretárias de Saúde	01	100	01	100
Coordenadores				
Coordenadoras da Atenção Básica	01	100		
Coordenadoras da Vigilância em Saúde	01	100	01	100
Trabalhadores de nível superior				
Enfermeiras PSF	03	100	02	100
Médicos PSF	03	100	01	50
Dentistas PSF	02	66,7	02	100
Trabalhadores de nível médio				
Técnicos em Enfermagem	07	77,8	05	83,3
Auxiliar de Saúde Bucal	-	-	02	100
Agentes Comunitários de Saúde	09	52,9	07	63,6
Responsáveis pelo Sistema de Informação	01	50	01	100

3.5 COLETA DE DADOS

Após contato telefônico, foi agendada uma data com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, que previamente ao envio do projeto ao órgão de fomento, havia consentido com a realização da Pesquisa Prioritária do SUS (PPSUS), para que se procedesse ao início da coleta dos dados.

A coleta de dados ocorreu no período de março à julho de 2011 e para responder aos objetivos do estudo utilizou-se dados de fontes primárias e secundárias, sendo todos os dados coletados pela própria pesquisadora.

3.5.1 Coleta de dados primários

Nesta etapa do trabalho foram utilizados multimétodos. A técnica principal foi a entrevista semi-estruturada, para a qual foram utilizados os questionários específicos para cada grupo de profissionais (ANEXOS II – VII), especialmente

desenvolvidos para atender aos objetivos do projeto PPSUS. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas na íntegra.

As entrevistas com os gestores e equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde foram realizadas nas dependências da Secretaria, e as dos trabalhadores da ESF, no espaço das Unidades de Saúde da Família em que atuavam. Coube aos entrevistados a escolha da sala onde seriam entrevistados.

Como segunda técnica de coleta de dados primários, optou-se pela observação participante em cada uma das USF estudadas, sendo esta realizada com base em um roteiro pré-estabelecido (ANEXO VIII). O tempo de observação da pesquisadora em cada USF foi de 8 horas, contemplando os turnos matutinos e vespertinos.

Durante a realização das entrevistas e observações, utilizou-se o diário de campo, no qual foram registradas as impressões ao longo do processo de coleta de dados. As informações foram registradas a cada dia em que era realizada a visita a USF, ao término de cada período de trabalho, para que desta forma não houvesse perda das informações.

Para complementar a coleta de dados primários, foi realizada a análise documental. Para tanto foram consultados os Planos Municipais de Saúde dos anos de 2006-2009 e 2010-2013 e Relatórios de Gestão do ano de 2010. A sistematização desses dados foi orientada por um roteiro elaborado pelos pesquisadores (ANEXO IX).

3.5.2 Coleta de dados secundários

Os dados secundários foram obtidos nos bancos de dados oficiais do IBGE e DATASUS.

Em virtude das inconsistências identificadas entre os dados secundários obtidos nos Sistemas de Informação do IBGE e SIAB/DATASUS, optou-se por utilizar os dados provenientes do SIAB/DATASUS por considerá-los mais fidedignos uma vez que são produzidos no nível local e os municípios possuem 100% de cobertura da ESF.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Tratamento dos dados das fontes secundárias

Os dados das fontes secundárias foram obtidos nos respectivos Sistemas de Informação, sendo empregados na caracterização sócio-demográfica dos municípios e, posteriormente como parte da análise das dimensões Político-institucional e organizacional que estão relacionadas à mudança do modelo de atenção conforme abordado anteriormente.

Mediante as características objetivas dos dados, estes, foram descritos em quadros comparativos.

3.6.2 Tratamento dos dados das fontes Primárias

Os dados quantitativos, obtidos por meio do questionário, foram digitados e analisados no programa Epi-info versão 3.5.1, sendo utilizados na caracterização dos sujeitos do estudo, sendo calculadas as medidas de tendência central das variáveis estudadas.

Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados. O diário de campo, roteiros de observação e análises documentais dos planos e relatórios de gestão foram lidos na íntegra de forma pausada, e identificados os aspectos relevantes para o estudo. Esse material constituiu o corpo de evidências utilizado para a realização da avaliação.

3.6.3 Triangulação dos dados

Os dados das diversas fontes foram triangulados a fim de ser contemplada a análise dos aspectos político-institucionais, organizacionais e técnico-assistenciais.

Para a análise dos aspectos político-institucionais e organizacionais utilizou-se dados quantitativos provenientes dos sistemas de informação (DATASUS, IBGE) e ainda aqueles produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão).

Em algumas categorias, nas quais se analisava a existência ou não de determinado elemento foi necessário fazer juízo de valor. Nestes casos foi realizada uma associação dos dados quantitativos e qualitativos advindos das entrevistas, observações e análise documental.

Para os aspectos técnico-assistenciais, tomou-se como referência a imagem-objetivo adotada neste estudo (ANEXO I). Neste sentido buscaram-se evidências para cada critério avaliado a partir da fala dos entrevistados, sendo complementados, quando necessário, com dados da análise documental e do diário de campo.

As evidências observadas foram lançadas em uma matriz de avaliação (APÊNDICE A) de cada um dos municípios. Em seguida, dois avaliadores, de forma independente, pontuaram as evidências de acordo com os parâmetros pré-estabelecidos na imagem-objetivo. Os critérios nos quais houve divergência entre as pontuações dadas pelos avaliadores, foram discutidos conjuntamente até a obtenção de um consenso entre eles.

Com base nas respectivas pontuações dos critérios emitidas pelos avaliadores foi possível classificar o grau de implantação da ESF nos municípios pesquisados. Utilizou-se como parâmetros de desempenho as seguintes classificações: não implantado (menor que 25%), incipiente (entre 25% e 50%), intermediário (maior que 50% até 75%) e avançado (maior que 75%).

Por fim, os resultados foram lançados em um quadro comparativo com as pontuações dos dois municípios estudados e, em seguida realizadas as relações entre os aspectos técnico-assistenciais, políticos-institucionais e organizacionais.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atende o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto do PPSUS

foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o protocolo 080/2009 (ANEXO X). Previamente ao envio do projeto ao órgão de fomento foi necessário obter autorização de todas as instituições envolvidas na pesquisa. Todos os informantes que participaram deste estudo, previamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO XI).

4 RESULTADOS

Como este estudo propõe a avaliação de diversos aspectos dos municípios-caso, optou-se por sistematizar cada um desses aspectos separadamente a fim de permitir fazer relações entre os mesmos. Desta maneira, os resultados estão apresentados em cinco blocos: os dois primeiros buscaram caracterizar os sujeitos do estudo e os municípios-caso respectivamente; os dois seguintes trazem a análise dos aspectos político-institucionais e organizacionais; o último, que é o objetivo principal do trabalho, traz a avaliação do grau de implantação através da avaliação do aspecto técnico-assistencial.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A partir dos dados obtidos foi possível estabelecer o perfil dos sujeitos da pesquisa nos dois municípios. Ao analisar os resultados apresentados foi identificado, que nas duas localidades, os dados dos segmentos avaliados guardam certa semelhança entre as variáveis estudadas.

Conforme demonstrado na tabela 03, as diferenças identificadas estão mais relacionadas ao segmento profissional de nível superior. Verificam-se ainda, especificidades quando analisados os segmentos separadamente.

✓ **Gestores da Secretaria Municipal de Saúde**

Nos municípios pesquisados, mulheres com idade superior a 50 anos, com domicílio na cidade onde atuam e com experiência prévia em gestão pública são responsáveis pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde. A secretária do município 01 já havia ocupado o cargo de diretora de escola, diretora do hospital municipal e secretária de saúde em outra gestão. A secretária do município 02 também ocupou o cargo de diretora de escola.

Com relação à formação acadêmica, nos dois municípios os gestores não têm formação na área de saúde. No município 01, a gestora tem formação em administração e a do município 02, possui apenas nível médio. Quanto ao vínculo empregatício, a primeira é servidora efetiva do município enquanto a outra é livre nomeada.

Tabela 03 – Características dos sujeitos do estudo de acordo com o segmento e município estudado, Jequié/BA, 2011.

VARIÁVEIS E CATEGORIAS	SEGMENTO / MUNICÍPIO							
	Gestor		Coordenação da AB e VS		Profissionais de nível superior AB		Profissionais de nível médio AB	
	M(1)	M(2)	M(1)	M(2)	M(1)	M(2)	M(1)	M(2)
Número de sujeitos	01	01	01	02	08	05	16	14
Idade/Média de Idade	54	55	28	24	43	33,8	40,2	40,1
Gênero								
Feminino	100 %	100%	100%	100%	75%	40%	75%	64,3%
Masculino	--	--	--	--	25%	60%	25%	35,7%
Reside no município								
Sim	100%	100%	--	100%	12,5%	40%	87,5%	100%
Não	--	--	100%	--	87,5%	60%	12,5%	--
Média de anos de formação	NA*	NA*	--	--	19,1	8,1	11,5	10,4
Média de anos no cargo/equipe	6	3	2,5	2	4,2	1,5	6,6	6
Tipo de Vínculo								
Concurso	Sim	--	50%	--	62,5%	--	100%	78,5%
Contrato	--	--	50%	100%	37,5%	100%	--	7,2%
Cessão	--	--	--	--	--	--	--	14,3%

M: município

AB: Atenção Básica

VS: Vigilância a Saúde

* item não avaliado para este segmento

✓ Coordenadores

Nos municípios analisados, a coordenação da Vigilância à Saúde e Atenção Básica é realizada por indivíduos do gênero feminino.

No município 01, duas enfermeiras, que não residem no município, sendo uma do quadro efetivo e a outra por nomeação, ocupam as coordenações da Atenção Básica e Vigilância à Saúde. Com relação a estas profissionais, as médias em anos das variáveis idade, tempo de graduação e exercício da função são respectivamente de 28 (dp±2,8), 2,5(dp±0,7) e 2,5(dp±0,7). Enquanto no município 02, uma única enfermeira nomeada, com 24 anos de idade, 02 anos de formação profissional e 02 de atuação no cargo, responde pela coordenação da Atenção

Básica e da Vigilância à Saúde simultaneamente. Esta profissional possui residência no município.

✓ **Trabalhadores de nível superior**

Neste segmento, a média de idade dos profissionais variou entre os municípios e profissões quando consideradas isoladamente. Nos dois cenários, os Enfermeiros foram os mais jovens, seguidos dos Cirurgiões Dentistas e Médicos, sendo as médias de idade respectivamente de 29,7 (dp±3,2), 44 (dp±9,9) e 55,7 (dp±9,6) no município 01 e 26,5 (dp±3,5), 31,5 (dp±10,6) e 53 no município 02. O mesmo padrão se repete quando analisado o tempo de formação profissional e de exercício do cargo destes indivíduos, uma vez que os valores obtidos foram 6,3 (dp±2,9), 21,5 (dp±10,6) e 30,3 (dp±7) no município 01 e 1,4 (dp±1,6), 8 (dp±9,5) e 21 no município 02.

Quando avaliado o tempo de permanência na equipe, os valores obtidos foram respectivamente para os Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas e Médicos: 3,8 (dp±3,1), 5 (dp±2,8) e 4,1 (dp±3,3) no município 01 e 1,4 (dp±1,6), 2 (dp±1,4) e 0,5 no município 02. Vale ressaltar que no município 01 houve substituição de 02 médicos entre o período da entrevista e observação e os dados acima consideram o instrumento aplicado na entrevista.

Verificou-se que o tempo de permanência dos profissionais nas equipes foi maior no município 01, evidenciando assim uma maior capacidade de fixação destes, provavelmente em decorrência do vínculo empregatício estabelecido, uma vez que neste município apenas os médicos que atuam na ESF não são efetivos. Em contrapartida, o município 02 mantém a maior proporção de profissionais residindo em seu território.

Ainda evidenciou-se que existe diferença entre estes trabalhadores dos dois municípios quando avaliados quanto ao gênero, uma vez que no município 01, 75% dos membros das equipes eram do gênero feminino e no município 02, 60% eram do gênero masculino.

✓ **Trabalhadores de nível médio**

Verificou-se que o perfil desses trabalhadores apresenta semelhança entre os municípios avaliados. Nos dois casos a média de idade foi superior a 40 anos, o tempo de formação profissional acima de 10 anos e o tempo de atuação na equipe superior a 05 anos. Observa-se ainda a desprecarização do vínculo de trabalho destes profissionais nos municípios.

Outro dado que chama atenção está relacionado à feminilização deste segmento, decorrente principalmente da categoria de enfermagem, já que nos municípios todos os técnicos em enfermagem são do gênero feminino.

Vale destacar que os municípios não possuem em seu quadro de funcionários o técnico em saúde bucal atuando nas equipes. No município 01, a função é exercida por técnicos em enfermagem, enquanto no município 02, por profissionais sem formação específica.

Os responsáveis pelos sistemas de informação, não foram incluídos na tabela 03 por não compor as equipes da ESF, possuem idade e tempo de função, respectivamente, de 27 e 3 anos no município 01, enquanto no município 02 esses valores são de 27 e 5 anos.

4.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS MUNICÍPIOS

Conforme demonstrado na tabela 04, as características sócio-demográficas dos municípios são semelhantes, uma vez que em ambos, os indicadores sociais são baixos, com alto índice de pobreza, analfabetismo e ainda baixa taxa de acesso aos serviços de saneamento básico, abastecimento de água e coleta de lixo.

Os municípios pesquisados são classificados como sendo de pequeno porte, pois possuem menos de 20 mil habitantes, tendo o segundo aproximadamente a metade da população do primeiro.

Quando a distribuição etária da população é comparada entre os residentes dos municípios, verifica-se que prevalece a de indivíduos com idade entre 20 e 60 anos. Entretanto, nos demais grupos etários, quando comparados entre si, identificou-se que no município 01 há um maior percentual de pessoas com menos

de 20 anos, e no município 02, aqueles com mais de 60 anos. Vale ressaltar que nos municípios a proporção de pessoas com mais de 60 anos é superior a encontrada no estado da Bahia e no país.

Não foram identificadas diferenças expressivas quando comparadas as taxas de urbanização dos dois municípios, contudo os valores obtidos estão aquém dos encontrados no estado da Bahia e no Brasil. Verificou-se ainda que as condições sócio-econômicas dos moradores dos municípios (IDH, incidência de pobreza, índice GINI, taxa de analfabetismo) são semelhantes. Contudo, verifica-se um maior PIB *per capita* no município 02. O alto índice de analfabetismo em indivíduos com 20 anos ou mais é evidente nos dois cenários.

Tabela 04 – Características sócio-demográficas dos municípios, segundo dados obtidos junto ao IBGE, Datusus e Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2011.

CRITÉRIO / INDICADORES	MUNICÍPIO 1	MUNICÍPIO 2
Taxa de Urbanização em %*	40,8	42
População*	8.131	4.183
População menor de 20 anos em %*	34,7	28,9
População de 20 a 60 anos em %*	52,7	55,7
População maior de 60 anos em %*	12,6	15,4
IDH (2000)**	0,586	0,607
PIB <i>per capita</i> (2008)**	3.762,41	4.430,73
Nº de famílias residentes no município (2010)*	2.346	1.296
Média de pessoa por domicílio**	2,47	3,23
% domicílios com pessoas vivendo com renda <i>per capita</i> < ½ salário mínimo**	56,2	54
Incidência da Pobreza (%)**	50,8	47,8
Famílias cadastrada em programas sociais (bolsa família e congêneres) 2010 (%)***	56,8	47,7
Índice de GINI**	0,39	0,35
% da população analfabeta*	37,7	35,2
% da população > 20 anos analfabeta*	44,7	41,8
% de domicílios sem abastecimento de água da rede geral*	28,4	29,3
% de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto*	44,1	69,3
% de domicílios sem coleta pública de lixo*	28,5	29,5
Taxa de mortalidade infantil (2010)*	16,9	0

* dados do SIAB

** dados do IBGE

*** dados da SMS

Ainda foi observado, que mais de 50% das famílias sobrevivem com uma renda per capita inferior a meio salário mínimo. No município 02, 47% das famílias são beneficiadas por programas de transferência de renda (Programa Bolsa Família). Já no município 01, este valor chega a 56%, uma vez que além do

Programa Bolsa Família, foi instituído por iniciativa do poder local, o programa “bolsa cidadania”.

Com relação à infra-estrutura urbana ela é deficitária nos dois municípios, principalmente no município 02. Este, apesar de possuir o maior PIB, apresenta uma situação de maior precarização no que se refere ao abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo.

A taxa de mortalidade infantil foi encontrada apenas no município 01.

4.3 ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS

A tabela 05 e os discursos que se seguem apresentam os dados referentes aos aspectos Político-institucionais da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios pesquisados.

Conforme disposto na referida tabela, houve continuidade administrativa nos municípios. Não houve mudança no projeto político-administrativo nos últimos anos, vez que o mesmo grupo político continua na gestão.

No município 02, o gestor investiu um maior percentual dos recursos do tesouro municipal no setor saúde, acarretando um maior gasto com saúde *per capita*. Neste município o gestor tem amplo apoio da Câmara de Vereadores.

Tabela 05 – Aspectos político-institucionais por município estudado. Jequié-BA, 2011.

CRITÉRIO / INDICADORES	MUNICÍPIO 1	MUNICÍPIO 2
Continuidade administrativa da prefeitura (2004 e 2008)	SIM (reeleição)	SIM (mesmo grupo)
% de vereadores de partidos coligados para eleição da atual gestão municipal	55,5	88,9
Gasto com saúde <i>per capita</i> (2010) (R\$)	321,56	531,09
% de gastos do tesouro municipal com saúde (2010)	19,31	20,87
% das despesas com saúde na atenção básica (2010)	57,02	29,8
Prioridade da ESF na reorganização da Atenção Básica no discurso da gestão e documentos oficiais	NÃO	NÃO
Qualificação da equipe	Parcial	NÃO
Desprecarização do trabalho	SIM	Parcial

Fonte: Entrevistas, SIOPS, Relatório de gestão 2010.

Ainda considerando os dados da tabela 05, ao analisar os documentos oficiais da gestão (plano municipal de saúde e relatório de gestão) e o discurso dos gestores das Secretarias Municipais de Saúde verificou-se que a ESF não foi priorizada como caminho para reorganização da Atenção Básica.

No município 01, reproduziu-se no discurso do gestor a priorização da ampliação de estrutura física, destacando-se a ampliação dos gastos com medicação. Percebe-se nos dois casos, uma tendência em reproduzir a proposta estabelecida pelo Estado, sem considerar as especificidades locais.

O gestor do município 01 prioriza a Atenção Básica como forma de reduzir os custos de manutenção do sistema de saúde, e o do município 02 enfatiza que não há uma área prioritária.

[...] a Atenção Básica que é onde a gente tem assim, um comprometimento maior, porque se você, realmente se comprometer com a Atenção Básica, a parte hospitalar a gente vai ter assim, vai aliviar mais. Porque se você previne, você não adoece, o hospital não vai internar. Então pra que a gente realmente tenta segurar, vamos dizer assim, a despesa em saúde, a gente tem que, realmente, investir mais na Atenção Básica. (SMS/M1)

[...] eu administro assim, eu não tenho área prioritária, pra mim, na saúde tudo é importante [...] essa parte aí, gestante, da saúde da mulher, a gente dá prioridade [...] de prevenção [...] (SMS/M2)

Fica evidente no discurso dos gestores que eles enfrentam problemas com a insuficiência de recurso financeiro e dificuldade do acesso dos usuários aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). Os gestores entendem que ao serem solucionados tais problemas de acesso a estes serviços, estariam resolvidos os problemas da gestão.

[...] as nossas dificuldades com os nossos parceiros, aqueles municípios que a gente pactuou [...] eu estou precisando de uma consulta de emergência de cardiologia e eu mando pra lá, eu estou pagando e eu não tenho o profissional [...] o que mais, recursos insuficiente, parceiros, a PPI, que é isso que seria interessante [...] (SMS/M1)

[...] eu acho que o pior, o problema que nós todos pequenos estamos passando, é o problema de regulação, pactuação, esse que é o maior problema do município [...] (SMS/M2)

No município 02, evidenciou-se na observação participante e no discurso do coordenador da Atenção Básica a importância atribuída aos serviços especializados e de pronto-atendimento, em detrimento da ESF. A falta de priorização da ESF é

reforçada quando analisado o destino dos recursos financeiros e o investimento em infra-estrutura da ESF demonstrado na tabela 05.

[...] a Unidade daqui por causa da estrutura do SAMU, aquela parte laranja que você viu era toda a Unidade, então a sala de espera ficava lá naquela, naquele centro ali você viu o espaço? [...] Aí só ficou um pouco prejudicada por causa da... não tem um espaço adequado pra população ficar aguardando atendimento na sala de espera [...] (CAB/M2)

No município 01, as Secretarias de Educação e Assistência Social, participam da formulação do Plano municipal de saúde, apontando para a intersectorialidade como política do governo municipal.

Ainda analisando os dados referentes aos aspectos político-institucionais apresentados na Tabela 05, bem como o discurso do gestor e dos profissionais, há indícios da necessidade da educação permanente para todos os profissionais que atuam nos municípios.

O discurso dos secretários de saúde, principalmente do município 02, evidencia a necessidade de uma maior incorporação de conhecimentos e conceitos básicos, bem como práticas essenciais ao processo de trabalho da gestão e gerência que refletem nas ações diretas no território das USF.

Verifica-se que os gestores não têm formação na área de saúde e o aprendizado vem acontecendo na prática. Vale ressaltar que ambos têm conhecimento amplo da realidade local e reconhecem a necessidade de educação permanente.

A gente tem feito muito assim, seminários, muito encontro de secretários. [...] eu acho que todos nós precisamos sim aprofundar mais, até porque todos os dias muda, muitas portarias, muitas mudanças e eu sinto necessidade sim na Atenção Básica. (SMS/M1)

[...] minha vida toda foi nessa parte, trabalhando com a população, sabe, sempre fiz trabalhos voluntários. [...]o que eu tenho estudado [...] Internet, tudo o que tem, aí eu ia até entrar, fazer um curso de gestão naquela escola de, a equipe fez, eu fiquei pra fazer esse ano, que ta todo o ano [...] ano passado não deu pra eu fazer, eu fiquei de fazer esse ano [...] (SMS/M2)

O discurso do gestor do município 02 demonstrou pouca familiaridade com elementos do processo de trabalho e da gestão.

A gente fez, não sei se foi ano passado, não sei se foi o plano municipal, foi feito o plano municipal há três anos atrás porque é de 3 em 3 anos, se eu não me engano, ano passado a gente fez o nosso. [...] agora, deixa eu ver se eu me lembro, eu esqueci a palavra, aquela primeira palavra eu esqueci agora, mas no final eu te digo, faltou aqui. (SMS/M2)

Nos dois municípios evidenciou-se que a equipe técnica das Secretarias de Saúde é restrita, sendo constituída basicamente por profissionais com pouco tempo de formação. Todavia, percebe-se que eles buscam capacitação para melhorar o desenvolvimento das ações. Apenas a coordenadora da Atenção Básica do município 01 tem especialização na área de Saúde Coletiva. Todas referem participar de treinamentos oferecidos pela DIRES e SESAB e apontam para a necessidade de maior capacitação na área de relacionamento interpessoal.

Os discursos ainda evidenciaram pouca apropriação dos conhecimentos acerca dos instrumentos de gestão, financiamento, níveis de atenção, níveis de prevenção, risco e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

[...] é o próprio sistema que deveria ter investido mais em saúde, é o que tem que ser feito, eu lhe digo isso com toda sinceridade, confesso que o governo federal, ele investiu muito no social e esqueceu a saúde. (SMS/M1)

[...] toda data comemorativa estamos sempre tentando fazer alguma coisa [...] E acaba assim, como a gente ta na escola, dá a questão dos preservativos, acho que é mais promoção [...] (CAB/M1)

[...] a gente teve as feiras de saúde, que veio os médicos [...] fez muitas atividades de educação, de promoção e os médicos atenderam, fizeram ultra-som [...] (CAB/M2)

Entre os profissionais de nível superior, nenhum possui pós-graduação em Saúde da Família, entretanto, 02 enfermeiras e 01 médico no município 01 e 01 enfermeiro e 01 médico do município 02 têm capacitação *latu Sensu* em Saúde Coletiva.

Os profissionais apresentaram pouco domínio dos conceitos no campo da saúde coletiva e tecnologias leves de trabalho. E ao descreverem o processo de trabalho, a maioria se refere aos atendimentos individuais.

Olha, aqui a demanda é organizada, o paciente chega e tem um agendamento tanto pro médico, quanto pra enfermeira, quanto pro odontólogo, então chega na recepção e o rapaz da recepção ele agenda, pré-natal, aqui sempre, todos os dias é um programa. (ENF2/M1)

Verifica-se que a promoção da saúde foi abordada como equivalente apenas às ações de educação em saúde e se referem apenas a grupos das ações programáticas. A territorialização aparece nas falas apenas como sinônimo de distribuição de micro-áreas.

Então, a gente tava fazendo sala de espera, nessa parte de educação em saúde, algumas palestras também, a gente vem agendando e, está no plano ainda, organizar alguns grupos específicos por idade, ou por situação, tipo grupo de gestantes, grupos de idosos, que já tem por sinal, com o pessoal do CRAS, mas a gente tá pensando em desenvolver. (ENF2/M2)

Então, nós não fizemos um remapeamento, ainda não porque minha área tem crescido e nós estamos em déficit necessitando de dois ACS [...] (ENF1/M1)

Quando questionados sobre Educação Permanente, os gestores a entendem como cursos e capacitações, sendo vista como uma responsabilidade da esfera estadual.

[...] foi pelo Ministério da Saúde, em parceria com a SESAB né. [...] eu acho que a SESAB deveria investir mais em capacitar os profissionais [...] eu to solicitando, juntamente à SESAB, uma capacitação, um cursos né, pra esses Agentes Comunitários [...] Eu gostaria sim, de capacitar os nossos profissionais com recurso próprio, então a questão de recurso, é isso que a gente precisa melhorar. (SMS/M1)

A fala dos profissionais evidenciou carência de treinamentos e capacitações. Nos momentos em que foram descritas, corresponderam a atividades realizadas pela esfera estadual, e com mais ênfase para os profissionais de nível superior.

Os gestores enfatizam dificuldades em contratar profissionais de nível superior para atuar na ESF, fato este confirmado no período de observação, principalmente com relação aos médicos. Mesmo não fazendo muitas exigências é difícil captá-los no mercado de trabalho. Conseqüentemente, afirmam existir grande rotatividade destes profissionais, devido a grande disputa por eles, entre os municípios. O problema é visto pelos gestores apenas sob a ótica da oferta de profissionais no mercado.

[...] às vezes a gente pega um profissional totalmente despreparado que não tem nenhuma visão de saúde pública, eles querendo vir mais pelo financeiro. [...] quando a gente pensa que o médico vai ficar e o outro oferece um pouquinho mais ou às vezes ele oferece, mas pense uma carência que tá na região, é o profissional médico. (SMS/M1)

[...] a dificuldade mais que eu tive, que foi de formar uma equipe e dar segurança e confiança à equipe [...] o enfermeiro do PSF a gente vê os currículos e a gente pega mais, a gente olha bem ... com mais experiência [...]o que ta ajudando muito são as faculdades de medicina que abriu. Era igual enfermeiro, enfermeiro era ouro [...] (SMS/M2)

Os ACS percebem um retrocesso no trabalho em saúde no Município, principalmente aqueles do município 02. Eles relatam que as diferenças estão no processo de trabalho e no perfil dos profissionais.

[...] nunca chegou um cartão novo (se referindo aos cartões de vacina) pra ela não passar pra gente assim, explicar detalhe por detalhe, como nós podíamos fazer na área tudo, e hoje praticamente chega um cartão novo e ninguém explica pra ninguém, tem que se virar sozinho [...] (ACS1/M1)

[...] na outra gestão, são enfermeiros que já tinham gabarito de fora, profissionais, esses que tão agora são novatos, eles entraram no mercado agora nessa gestão do prefeito, ta começando a arrumar, mas não tem aquela experiência [...] (ACS2/M2)

Ainda com relação aos aspectos político-institucionais apresentados na tabela 05, quando avaliada a desprecarização do trabalho, percebe-se que nos municípios pesquisados houve iniciativa da gestão no sentido de melhorar as condições e relações de trabalho. Dos profissionais de nível médio, nos dois casos, 83% são efetivos, e entre os de nível superior, 53% dos que atuam no município 01 são concursados e todos do município 02 são contratados.

Nos municípios, a remuneração dos profissionais, está associada à sua disponibilidade no mercado de trabalho. A estratégia de fixação destes profissionais nas equipes ainda é limitada, restringe-se de forma geral à garantia dos insumos necessários para o desempenho da sua atividade e regularidade no pagamento dos salários. Vale chamar a atenção para o caso dos médicos, que para a contratação se faz necessário flexibilizar a carga-horária, fato este que gera insatisfações entre os membros da equipe.

O médico hoje aqui ganha 7.500 reais, ele trabalha três vezes na semana, na segunda, quarta e sexta né, 7.500, o enfermeiro ele ganha 2.000 reais liquido, isso aí tudo liquido então, o que a gente pode pagar é isso aí. Uma coordenadora da atenção básica ganha 3.000 reais, então eu acho que dentro da condição do nosso município pequeno. (SMS/M2)

[...] eles sempre reivindicam melhor salário e, infelizmente, a saúde aqui do nosso município não tem como realmente melhorar o salário como eu acho que eles são merecedores. Mas assim, na parte assim de funcionamento, na parte da condição de trabalho, material de trabalho, eles são, é satisfatório, eles não reclamam não. (SMS/M1)

[...] o médico só tá aqui três vezes na semana, então às vezes esse problema não pode esperar até o dia que o médico vai estar e até o dia que tem vaga pra o médico. Então assim, às vezes eu me vejo de mãos atadas com relação a isso [...] (ENF2/M2)

Com relação às condições de trabalho, as falas dos profissionais não relatam queixas relacionadas aos recursos materiais e instalações físicas. As reivindicações dos profissionais estão voltadas para a necessidade de maior remuneração e maior oferta de educação permanente. Mostra assim coerência com as falas dos gestores acima.

4.4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

Os dados apresentados na tabela 06 e os discursos que se seguem apresentam os dados referentes aos aspectos organizacionais da Secretaria Municipal de Saúde e da ESF dos municípios pesquisados.

Em termos de organização dos serviços de saúde, foi observado no município 01 maior continuidade administrativa na SMS, maior tempo de implantação do PACS e maior autonomia quanto aos serviços de outros níveis de atenção.

Tabela 06 - Aspectos organizacionais dos municípios-caso. Jequié-BA, 2011.

CRITÉRIO / INDICADORES	MUNICÍPIO 1	MUNICÍPIO 2
Continuidade administrativa da SMS	SIM (desde 2005)	SIM (desde 2008)
Ações de Planejamento e avaliação (normativo)	Mais consolidado	Menos consolidado
Conselho Municipal de Saúde	SIM	SIM
Pacto de gestão assinado	SIM	SIM
Ano de implantação da ESF	2000	2000
Ano de implantação do PACS	1992	1998
Nº de equipes de ESF	03	02
Nº de famílias cadastradas na ESF (2010)	2.346	1.296
Nº de usuários cadastrados na ESF (2010)	8.131	4.183
Consultas médicas básicas / habitante (2010)	1,09	1,15
Proporção de NV de gestantes com 4 ou mais consultas de pré-natal (2010)	78,8	87,8
Proporção de NV de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal (2010)	25,4	41,5
Cobertura vacinal da tetravalente (2010)	99,28	111,9
Proporção de exames citopatológicos em mulheres em idade fértil (2010)	0,37	0,15
Acesso a MAC (pactuação)	Maior parte dos serviços	100% dos serviços
Serviços de urgência e emergência	Hospital de Pequeno Porte	Ponto observação (SAMU)
Regulação	Não	Não
Referência e contra-referência	Apenas referência	Apenas referência
Sistema de informação	Sim	Sim

Fonte: Entrevistas, SIAB, relatórios de gestão

SMS = Secretaria Municipal de Saúde

NV= nascidos vivos

MAC= média e alta complexidade.

Com base nos resultados obtidos foi observado que as atividades de planejamento são desenvolvidas de forma a incorporarem a rotina das ações gerenciais. Identificaram-se avanços importantes no que tange à sistematização das mesmas. Todavia, vale ressaltar que as ações de planejamento são pontuais e não envolvem muitos sujeitos. No município 01, em decorrência da continuidade administrativa, o planejamento está mais incorporado aos serviços e difundido entre os profissionais. Entretanto verifica-se que esta prática não é uniforme entre os sujeitos, conforme evidenciado nos discursos dos mesmos.

É através de reuniões de Equipe, a coordenadora reúne com as Equipes, aquelas reuniões semanal da Equipe aonde é apontado o que precisa melhorar [...] (SMS/M1)

[...] a gente se reúne com enfermeiro, assistência farmacêutica, a vigilância, quando ela ta disponível, a Secretária e aí a gente discute e faz o plano. (CAB/M2)

Pra te falar a verdade não, ele só passa pra gente, porque eu faço parte do Conselho também e aí a coordenadora da Atenção Básica toma a frente, ela que faz e aí ela passa na reunião pra gente ler e aprovar ou não. (ENF1/M2)

Pode-se observar que os profissionais de nível médio ainda não são envolvidos de forma efetiva nas atividades de planejamento. Verifica-se que até mesmo entre os profissionais de nível superior a participação é maior por parte dos enfermeiros e há uma maior flexibilização “oficializada” pela gestão, no que diz respeito a estas atividades para os demais membros da ESF, principalmente do médico, uma vez que a sua carga-horária é pequena para a alta demanda de atendimentos, levando priorização dos procedimentos clínicos em detrimento das atividades de planejamento e atividades coletivas em geral. No caso dos dentistas, foi identificado uma participação ainda isolada no planejamento, sendo esse ainda voltado ao funcionamento específico da saúde bucal e provimento de insumos.

Se tem algum planejamento aqui disso deve ser feito lá com a enfermeira e coordenação assim, eu mesmo nunca participei. (TE6/M1)

Olha, assim, a gente faz reuniões, e assim eu pego com base no que nós temos observado das Equipes, de resultados dos Indicadores pra gente tá planejando. Então assim, nos reunimos no caso, as enfermeiras, porque a gente tem uma concepção melhor [...] apesar que os médicos participam, mas não tem pra onde correr, os enfermeiros, dentistas são os que mais participam. (CAB/M1)

A gente faz reunião com os enfermeiros e no início desse ano nós planejamos pra o semestre [...]os enfermeiros, até porque os médico, eles, médico não gosta muito de participar dessas coisas [...](CAB/M2)

A equipe de saúde bucal com a coordenação da atenção básica entendeu, essa enfermeira da unidade não tenho muita discussão quanto a isso, aí eu uso mais a coordenação porque, quando a gente precisa mais de material [...] (DEN/M2)

Percebeu-se no discurso dos profissionais que ainda é incipiente a participação dos usuários e sociedade civil organizada nas atividades de planejamento. O envolvimento dos usuários restringe-se à consulta de opinião, e que mesmo assim somente foi evidenciada no município 01.

Sobre as ações de avaliação, os sujeitos fazem referência à produtividade dos ACS e ao acompanhamento dos indicadores pactuados. No município 01 verificou-se iniciativas voltadas um pouco mais para a organização dos serviços locais e acompanhamento do plano municipal de saúde. Mas, assim como

observado em relação às ações de planejamento, os discursos dos sujeitos não são uniformes.

Todo final de mês tem a produtividade, e é ali que os dois PSF se reúnem, os enfermeiros, a equipe dos PSF se reúne e vai analisar pra ver como foi feito [...] já tem um formulário específico que eles fazem uma avaliação [...] o coordenador geral e o Secretário pra gente buscar uma estratégia, uma melhoria daquilo que a gente tá achando que tem que melhorar, entendeu. (SMS/M1)

[...] final do ano a gente pega, rever o que aconteceu o que deu certo, o que não deu, planejando as coisas mais pra o próximo ano e assim, além disso, tem quando a gente faz os monitoramentos que a gente fala, tem os indicadores que a gente acompanha, [...] o relatório da atenção básica, que eles pedem informações pra gente que leva que a gente pesquise áreas que a gente não tem observado muito, tem os planos de saúde. (CAB/M1)

Eu procuro fazer trimestralmente aí eu faço o levantamento dos dados, nas reuniões da atenção básica, eu trago pras Equipes esses dados e aí a gente discute o que precisa melhorar [...] tento pegar os indicadores dos pactos ... da PAV [...] (CAB/M2)

Existe, a cada 15 dias nós temos reuniões aqui com a coordenadora, e ela, com dados, busca os dados no sistema e aí repassa pra gente, questão de atendimento à gestante, atendimento a crianças, porque esse mês foi tanto, mês passado foi tanto. (ENF1/M2)

Em reuniões, tipo esta que tá acontecendo com a atenção básica e, trimestral a gente tem com o prefeito e com a secretária. (DEN2/M2)

A análise documental identificou fragilidades na elaboração e utilização do plano municipal de saúde e relatório de gestão, bem como semelhança entre esses dois instrumentos.

No que se refere ao planejamento das ações, verificou-se que o município 01 não realiza a análise da situação de saúde, e desta forma não é possível conhecer os problemas mais prevalentes. Conseqüentemente, não existem dados de linha de base que guie o planejamento. O plano municipal de saúde é elaborado em formato que fica difícil o acompanhamento das ações; não existem prazos definidos para o seu cumprimento e as metas e ações são muito generalistas. Além disso, não existe relação entre situação de saúde, problemas, ações e mecanismos de acompanhamento.

No município 02, o plano municipal reproduz um modelo elaborado anteriormente por uma equipe de consultoria. Tem assim, uma melhor estrutura, mas também não existe uma coerência entre os problemas identificados e a

programação operativa. As áreas priorizadas seguem as recomendações gerais da Secretaria Estadual de Saúde, não considerando a realidade local.

Em nenhum dos municípios aparecem os dados dos levantamentos epidemiológicos da Saúde Bucal no plano municipal de saúde, bem como no relatório de gestão.

No relatório de gestão do município 01, não existem dados referentes aos indicadores da atenção básica e não evidencia avaliação do plano municipal. Enquanto o município 02 realiza avaliação da programação operativa do plano municipal, apontando as metas alcançadas e não alcançadas de forma confusa, avalia metas da PPI de forma superficial e estabelece prioridades para o próximo semestre.

Ainda com base na tabela 06, é possível estabelecer que nos municípios pesquisados os Conselhos Municipais de Saúde estão em funcionamento, contudo, a fala da maioria dos entrevistados não descreve como é a sua atuação, apenas informam a sua existência. No município 01, ele é presidido pela secretária de saúde e observa-se inconsistências na sua constituição. Enquanto no município 02, é presidido por um ACS e a Secretária não é membro. A Secretaria de Saúde é representada pela coordenadora da Atenção Básica. Os profissionais de saúde com nível superior que atuam no serviço público, de forma geral, não participam das reuniões, salvo aqueles que são membros.

Com certeza consta no Plano, no relatório de gestão e, além disso tudo, ainda apresento no Conselho de Saúde, porque a gente tem que fazer uma apresentação, prestar conta trimestral no Conselho e eu também faço um relatório daquilo que a gente realizou no município esse período [...] (SMS/M1)

Assim, é porque sempre que eu tenho algum projeto, eu passo por eles, mas em questão de assistência mesmo não é uma coisa assim certa passar por eles porque nem sempre a gente faz as reuniões mensais, toda terça, quarta-feira do mês a gente faz a reunião, só que às vezes não dá pra fazer essas reuniões. (CAB/M2)

Olha, eu assim, porque tem o Conselho, eu não freqüento as reuniões do Conselho, não sei se a comunidade lá ta participando dessas reuniões [...] (ENF2/M1)

A tabela 06 ainda descreve a estrutura da Atenção Básica, seus indicadores de avaliação e sua relação com os demais níveis de atenção.

O PACS foi implantado nos municípios 01 e 02 respectivamente nos anos de 1992 e 1998, enquanto a ESF foi implantada no ano de 2000. Ainda nos dois municípios a população cadastrada por equipe está abaixo do limite máximo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Nos indicadores de avaliação da atenção básica, encontra-se o número de consultas médicas nas especialidades básicas abaixo do preconizado pelo MS (Tabela 06). E de forma intrigante, o relatório de gestão do município 1 apresenta um número de consultas médicas ambulatoriais no hospital (n=14.581) maior que as consultas médicas realizadas na ESF (n=8.878). O município 02 não dispõe de outros dados de atendimento ambulatorial, uma vez que não possui outra forma de atendimento médico generalista além das disponibilizadas para a ESF e a SMS não dispõe de dados referentes ao ponto de observação do SAMU. Todavia, durante o período de observação, foi verificado que todas as macas da unidade estiveram sempre ocupadas.

Avaliando a média complexidade, o município 01 dispõe de alguns serviços, mesmo não recebendo compensação financeira por dispor desse nível de atenção à saúde, exceto o repasse referente às internações hospitalares. Entretanto grande parte dos procedimentos de média complexidade e todos de alta complexidade são referenciados. No município 02, todos os procedimentos de média e alta complexidade são referenciados.

O discurso dos gestores evidencia que eles não estão satisfeitos com os serviços de média e alta complexidade ofertados pelos municípios de referência, vez que a pactuação não é cumprida na íntegra. Para dar respostas aos usuários que necessitam destes serviços, passaram a adotar outras estratégias que os possibilitem dar respostas às necessidades da população. Foram feitos convênios com profissionais especializados que se deslocam até os municípios para atender os casos/especialidades de maior demanda. Os municípios, em alguns casos, ainda realizam pagamentos diretos a serviços privados de outros municípios para as situações de menor frequência ou nas urgências.

Compra o serviço, mas na hora que você solicita não tem, vamos dizer assim, não tem, eles não ta oferecendo o serviço. [...] e na maioria das vezes quando a gente não consegue através dessa pactuação, tem que pagar mesmo, particular. (SMS/M1)

Tudo, eu tenho aqui todos, além de todos do SUS, eu tenho a contrapartida porque é o da prefeitura, o que mais a gente tem. Que por sinal agora, eu achei melhor, ao invés de eu ta pagando esse horror por cada exame, eu acumulo 20, 30 e trago um profissional pra aqui e ele atende à população. Aqui hoje eu tenho, urologista, ginecologista, to trazendo um psiquiatra, pra trabalhar em cima disso aí tudo, de todo mundo. (SMS/M2)

O município 01 dispõe de um hospital de pequeno porte, que garante o suporte básico a algumas urgências, principalmente as clínicas e obstétricas de menor complexidade. Já o município 02 dispõe de um ponto de observação do SAMU regional que conta com uma ambulância de suporte básico e uma equipe de enfermagem, que faz a triagem dos usuários que buscam o serviço. Dependendo da gravidade, quando em horário comercial, são encaminhados para atendimento na USF e quando fora destes horários, para o município de referência.

Os gestores ainda reclamam da forma como é feita a pactuação, bem como a falta de fiscalização e punição por parte do estado para o município de referência que não a cumpre.

O Estado é cobrar mais, fiscalizar mais. [...] É isso que ta faltando, é fiscalizar essas coisas [...] por exemplo, marcou na pactuação, seis meses ter a revisão, não houve essa revisão até hoje, então já deveria haver, pra gente dizer como está o serviço [...] No colegiado a gente está sempre brigando [...] (SMS/M2)

[...] nós estamos com praticamente 8 anos de PPI e as dificuldades são as mesmas entendeu. Aí todo ano, “vai fazer uma mudança na PPI pra melhorar”, eu não vejo melhora, infelizmente, eu lhe digo isso com muita tristeza. (SMS/M1)

A regulação é feita pelo município de referência, tanto dos serviços ambulatoriais, procedimentos eletivos quanto das urgências e emergências. As dificuldades no acesso aos serviços de média e alta complexidade são referidas por todos os profissionais que atuam na ESF e equipes técnicas das SMS.

[...] cada município dispõe e talvez tem muitos usuários precisando, então a dificuldade ta sendo essa, a disponibilidade da consulta especializada pra cada município [...] eu imagino que a cota pra cada município seja pequena [...] (MED1/M1)

[...] há uma dificuldade pra esses encaminhamentos de serviços especializados, assim marcação de consultas. A cota do município, principalmente, a cota é pouca, o município entra com a contra-partida, mas mesmo assim a demanda é grande porque não deixa de surgir. (ENF3/M1)

É unânime a informação nos dois municípios da utilização da referência, mas a ausência da contra-referência.

A gente têm tido dificuldade, principalmente com a contra-referência, mas elas, as meninas, fazem toda a referência.(CAB/M1)

[...] a contra-referência, nem sempre. (CAB/M2)

Assim, a referência a gente até faz, mas a contra-referência a gente não recebe a resposta. (ENF3/M1)

Eu não tenho recebido, eu não sei se os pacientes esquecem de trazer pra anotar no prontuário, não tenho recebido. (MED1/M1)

Eu nunca vi chegar um papel de contra-referência em minha mão, eu não me lembro de ter chegado aqui, em outros lugares já vi, mas aqui ainda não. (MED1/M2)

Conforme pode ser observado na tabela 06, foi ainda avaliado o sistema de informação dos municípios pesquisados. Verificou-se que os Sistemas de Informação são alimentados regularmente, mas apresentam muitas inconsistências. Percebe-se que não são exploradas todas as suas potencialidades. Sua utilização está focada no monitoramento dos indicadores de produção dos serviços e pactuações com o Estado, não sendo verificada sua utilização para realização de análise da situação de saúde.

[...] a gente passa pras Equipes, a gente senta com elas pra ver até o que elas têm informado ou não, porque muitas vezes acaba se perdendo informações então assim, a gente passa pra eles, imprime os relatórios e senta com eles pra mostrar o que têm acontecido. [...] porque assim, no Sistema de Informação a gente pega muita informação do que ta acontecendo no hospital, internamento, então pra gente, o que a gente poderia utilizar mais do hospital é em termos de internamento (CAB/M1)

O SINASC, o SINAN, o API, aí eu sempre, eu faço aquilo que eu to te falando, eu junto todos aí faço as apresentações e a gente discute com as equipes [...] (CAB/M2)

Assim, do SIAB, dos outros não, do SIAB a gente recebe, inclusive como eu te falei da reunião com a coordenação mensal. Na última reunião ela passou pra gente os dados de cada equipe só esse mesmo. (ENF3/M1)

Os planos de saúde e relatórios de gestão analisados evidenciam que os municípios alimentam todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Todavia, os dados apresentados nesses documentos se limitam a alguns números brutos, de alguns sistemas, sem que haja uma análise dos mesmos.

4.5 ASPECTOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

Para avaliar as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, foi lançado mão da imagem-objeto (ANEXO I), sendo por meio dela avaliadas as dimensões **Abordagem populacional comunitária** e **trabalho em equipe**. Os resultados obtidos encontram-se sistematizados no quadro 01.

Quadro 01 – Avaliação da implantação da ESF nos municípios-caso. Jequié-BA, 2011.

DIMENSÃO, SUB-DIMENSÕES E CRITÉRIOS	M 01	M 02	VALOR MÁXIMO
Abordagem populacional comunitária	34	20	76
Territorialização	14	8	20
Definição da população-alvo	4	4	4
Cadastramento das famílias	4	4	4
Realização de mapeamento da área	2	0	4
Lógica do mapeamento	4	0	8
Organização das ações de saúde	13	6	28
Realização e atualização da análise da situação de saúde	2	0	4
Lógica da análise da situação de saúde	1	0	4
Enfoque por problemas	2	2	4
Utilização do enfoque de risco	2	0	4
Articulação da abordagem individual com a coletiva	2	0	4
Estabelecimento de parcerias com outras instituições na área de atuação	4	4	8
Estabelecimento de vínculo equipe-população	7	6	28
Conhecimento da população e território	3	2	4
Compreensão do contexto familiar	0	0	4
Compreensão do contexto comunitário	2	2	4
Operacionalização do princípio de responsabilidade	2	2	8
Participação da população no planejamento e gerenciamento local da USF	0	0	8
Trabalho em equipe	14	14	24
Circulação da informação satisfatória para profissionais da equipe mínima	2	2	4
Existência de espaços de discussão de casos e atividades	4	4	4
Existência de espaços compartilhados de decisão	2	2	4
Repartição satisfatória de responsabilidades entre os profissionais da equipe	2	2	4
Equilíbrio nas relações de poder entre os atores	4	4	8
Pontuação global	48	34	100

A partir dos resultados obtidos foi possível verificar que os municípios pesquisados possuem um grau de implantação incipiente da ESF (48%, 34%), quando as dimensões foram avaliadas de forma global. Porém, quando analisadas isoladamente, esse grau varia entre as dimensões e sub-dimensões, bem como entre os municípios.

Quando comparados os valores obtidos por cada uma das dimensões analisadas, verifica-se que nos dois municípios a **abordagem populacional comunitária** (44,7%, 26,3%) obteve valores inferiores aos da dimensão **trabalho em equipe** (58,3%).

Quando cada dimensão é comparada entre os municípios, evidencia-se que para a **abordagem populacional comunitária**, o município 01 apresentou um melhor desempenho. Tal diferença está principalmente relacionada à **territorialização e organização das ações de saúde**.

Vale ressaltar que a diferença do melhor desempenho do município 01 em relação ao município 02, na sub-dimensão **territorialização**, foi expressiva (70%, 40%). O emprego da territorialização como estratégia do processo de trabalho das ESF dos municípios foi parcialmente contemplado. As duas equipes possuem cadastro de famílias atualizado e ainda o número de família por equipe obedece ao que é preconizado para famílias residentes na Zona Rural e Urbana.

O melhor desempenho do município 01 na sub-dimensão supracitada, foi devido ao fato dele ter elaborado o mapeamento da área. Entretanto, o mesmo foca apenas a distribuição das micro-áreas e alguns aspectos geográficos e áreas de risco a exemplo de saneamento básico, destino de lixo e contaminação do riacho que corta a cidade. Os mapas das USF foram encaminhados à SMS onde se encontravam até o momento da coleta de dados. Vale ressaltar que as equipes do município 02 não realizaram o mapeamento.

Um mapa não ... Não, não. Na secretaria tem, mas aqui a gente não tem. (ENF3/M1)

[...] logo no começo do PSF, um trabalho de área, teve, houve uma atualização, mas tem muito tempo, tem mais de dois anos [...] Ter, tem, mas eu não sei aonde ta, se me perguntar, eu não sei. (DEN2/M1)

Pra te falar a verdade eu nunca fiz [...] (ENF1/M2)

[...] não vi aqui um mapa da área, pra poder a gente delimitar e ver [...] (MED1/M2)

No município 01, em nenhuma das USF, os profissionais têm acesso ao mapeamento, mesmo sendo este objeto necessário para o trabalho cotidiano das equipes. Como no município 01, a maioria dos profissionais foram admitidos após a realização do último mapeamento, impossibilitou a obtenção de dados fidedignos sobre a lógica da sua realização.

Como já exposto, a outra sub-dimensão na qual o desempenho dos municípios se diferenciou foi a **organização das ações de saúde**. Os critérios que envolvem essa sub-dimensão foram melhor avaliados no município 01 (46,4%), enquanto o município 02 foi avaliado como não implantado (21,4%). Foram evidenciadas tanto ausência de práticas como também a baixa apropriação de conhecimento por parte dos sujeitos sobre tais elementos do processo de trabalho.

A análise da situação de saúde não se configurou como prática sistemática das equipes. Os profissionais desconhecem este procedimento e tanto gestores, gerentes e equipes de saúde da família a interpretam de forma equivocada.

Assim, que a gente percebe no dia-a-dia, agora assim, aplicar algum recurso diretamente, ainda não ... Assim, muito específico não, mas nas reuniões a gente comenta, mas... É mais verbal mesmo, como eu te falei, através dos agentes e da nossa percepção com eles, nos próprios atendimentos, no dia a dia aqui na unidade [...] (ENF3/M1)

Nós fizemos já, tem o quê meu Deus, foi quando nós fizemos o remapeamento, isso já tem uns dois anos, isso não é uma coisa sistemática, não é. (MED2/M1)

Os gestores das SMS aparentemente desconhecem tal prática, concebendo como a realização do Plano Municipal de Saúde. Os coordenadores da Atenção Básica confundem com o monitoramento de indicadores.

Bem, olhe só, tem o do monitoramento por área técnica sobre o perfil demográfico, aí tem os programas, pela quantidade de hipertensos e diabéticos que foram cadastrados, que a gente ta acompanhando, tem das hospitalizações, se ta aumentando internação ou não dos diabéticos, por complicação da hipertensão, tem da desidratação, dos exames citopatológicos. (CAB/M1)

As equipes não utilizam a análise dos indicadores locais e parecem confundir a análise de situação de saúde com o diálogo com a comunidade e remapeamento além de referirem ao que fazem nas reuniões quinzenais ou mensais.

[...] a Equipe se reúne uma vez por mês, às vezes até de 15 em 15 dias a depender da necessidade, e aí é onde o agente passa a necessidade da área [...] (TE7/M1)

Sim, inclusive, recentemente, a gente começou e não terminou porque os problemas são muitos, o PPLS né. (ENF5/M2)

Não, o planejamento é feito mais ou menos aleatório. ... eu vejo mais ou menos pela minha prática, mas não como um dado oficial [...] (MED2/M1)

Mesmo havendo entre os profissionais pouca apropriação de alguns conceitos, no município 01 há indícios da realização da análise da situação de saúde, enquanto no município 02 não houve evidência nenhuma de realização anterior, entretanto uma das equipes estava iniciando no momento desta coleta um Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS).

Na área de Saúde Bucal encontram-se evidências de levantamentos epidemiológicos nos dois casos, todavia sob recomendação do Ministério da Saúde e desarticulado das outras áreas.

[...] o ministério pediu, o ano passado pra gente fazer um levantamento epidemiológico, então também é feito isso aí. (DEN1/M1)

[...] foi a equipe de saúde bucal, porque são dois odontólogos na cidade, aí eu reuni com ela, a gente usou os auxiliares, treinamos eles pra tarefa auxiliando a gente, mas os exames foram feitos por nós mesmo [...] (DEN2/M2)

Por se tratar de municípios de pequeno porte, e conseqüentemente com poucas equipes, a análise da situação de saúde muitas vezes é realizada de forma conjunta entre elas, quando a gestão necessita elaborar o Plano Municipal de Saúde ou relatório. Percebe-se, nestes casos, que há um envolvimento maior dos enfermeiros e da Coordenação da Atenção Básica.

Os municípios não utilizam o enfoque de risco de forma sistemática. O município 01 utilizou este método de trabalho em grupos na comunidade em momentos pontuais e esporádicos, conforme preconizado nas ações programáticas do MS, enquanto o município 02 não mostrou nenhuma evidência de utilização.

O enfoque dado no planejamento e programações nos municípios geralmente é por problemas e acontecem de forma não sistematizada. O mecanismo empregado para a identificação dos problemas é superficial, não havendo critérios bem definidos, acontecendo esporadicamente quando realizada a análise da produtividade e/ou reuniões da equipe.

[...] o agente vai, vê os problemas que tem lá, caso de, a gente tem lá o quê, um lixão, uma água que corre a céu aberto, esgoto a céu aberto, aí a gente vai lá na comunidade, busca essas informações e traz cá pra Unidade, aí junto com nossa enfermeira a gente traça estratégias pra tentar resolver aqueles problemas, às vezes quando a gente não consegue aqui a gente vai pra vigilância sanitária pedir reforço à vigilância, se for preciso a gente pede reforço ao gestor [...] (ACS8/M1)

Hoje mesmo, nós temos lá na área, minha área mesmo, tem poucas casas que tem o esgoto a céu aberto, a gente orienta, estamos agora fazendo uns banheiros lá, já facilita também mais, pelo aspecto de contaminação. Agora mesmo, ontem na reunião, tornei cobrar de novo [...] (ACS2/M2)

O município 01 utiliza para identificação de problemas a sala de espera, levantamento de saúde bucal, encontros da equipe para fechamento da produtividade dos ACS, e dos grupos de hipertensos e gestantes.

Percebe-se que mesmo havendo deficiência na lógica da realização da análise de situação de saúde nos municípios, de alguma forma a equipe busca alternativas para identificar os problemas. Todavia as soluções e formas de enfrentamento não vão além dos limites da unidade. Somente as ACS que buscam soluções em outros âmbitos.

Ainda há limitação das equipes na identificação dos problemas de saúde que acometem a população adstrita. De forma geral, ainda utilizam o pensamento biomédico na identificação dos problemas de saúde e dos serviços. Dentre os membros das equipes, somente os ACS conseguem dar outro enfoque aos problemas identificados.

[...] a gente vai também pra comunidade realizar, fazemos os grupos de gestantes, os grupos de hipertensos, os grupos também de adolescentes, esse ano a gente vai trabalhar mais com os adolescentes [...] (ENF2/M1)

Aí, baseado no estatuto do SUS não é, na programação do SUS que consta no sistema Hiperdia, na prevenção de câncer, desnutrição e as gestantes. (MED3/M1)

Olha, geralmente são aqueles grupos afetados por determinadas causas, então a gente procura chamar bastante atenção. (ACS6/M1)

Pra diabético a gente faz assim, uma coisa pra diabético, alimentação, exercício físico, essas coisas. E quando é adolescente a gente fala mais na parte da “prevenção”. (ACS9/M1)

Verificou-se que as atividades coletivas estão mais articuladas e consolidadas no município 01 e há indícios de articulação com a abordagem individual, enquanto

no município 02 elas acontecem de forma pontual, esporádica e não articuladas entre si e com as ações individuais.

Todo mês, a gente tem a caminhada também com os hipertensos, pela manhã, pra estimular essa atividade física, aí muitos gostam. Se for pra marcar consulta médica, ali mesmo já agenda, se for marcar pra enfermeira já agenda, se for pra falar comigo, encaminha até a minha sala, se for pra vacina, muitos já vão direto [...] (ENF2/M1)

[...] a gente vai nas escolas, faz as palestras, vê as necessidades, os pacientes que têm mais necessidade e pega esses pacientes e traz pra alguém da área pra fazer as ações que compete à própria cadeira odontológica ou ao consultório e, além disso a gente faz um trabalho nas escolas de técnica de escovação [...] (DEN2/M1)

Se ele é hipertenso, reunião com os hipertensos, se ele é diabético, reuniões com os diabéticos e a gente vai só lidar com aquela situação. Se gestante, do mesmo jeito [...] (TE7/M1)

[...] a mãe também trouxe a outra filha e pediu para que ele também atendesse. O médico atende e faz o seguinte comentário “os tempos de irmã Dulce acabaram”. (Diário de campo / M1)

[...] A equipe faz o atendimento, aquele atendimento do enfermeiro que ele atende os hipertenso e as criança e os diabéticos. Agora assim, pra fazer outros tipos de atividade, não é feito, os atendimentos. (ACS4/M2)

Às vezes a gente faz um dia todo de eventos nas escolas, aí tem peso, pesa, afere pressão, dá palestras de vários temas, no mesmo dia, cada agente fica em cada sala dando palestras de determinado assunto [...] (ACS5/M2)

Durante o período de observação do processo de trabalho das equipes, identificou-se fragmentação na utilização dos prontuários das famílias. Apesar de nos municípios eles estarem organizados nessa lógica, sua utilização continua sendo individualizada. Fato semelhante foi identificado durante as visitas domiciliares, uma vez que são voltadas à assistência individual, principalmente de pacientes acamados.

Identificou-se que as atividades educativas restringem-se à sala de espera, e que mesmo quando há articulação com as atividades clínicas, elas ocorrem de forma impositiva.

Marca todo mundo pra chegar no mesmo horário, inclusive a gente exige assim, que o paciente ouça as informações da sala de espera, porque eu acho importantíssimo, que o usuário eles, que a sala de espera é uma forma da gente passar as informações do que ta acontecendo [...] (ACS8/M1)

As equipes dos municípios estabelecem parcerias com setores das secretarias de educação e assistência social e ainda com conselho tutelar e instituições religiosas. Entretanto, elas ocorrem de forma esporádica e em situações e atividades específicas. No município 01 há maior institucionalização, vez que as demais secretarias participam da construção do plano municipal de saúde. Verificou-se que as atividades desenvolvidas em conjunto apresentam maior continuidade.

Com o CRAS, Assistência Social, também que nos ajuda. ... tem o grupo de idosos que é feito o convite pra todas aquelas pessoas mais de idade, pra que participem lá, desse projeto lá do CRAS.é feito o convite pra unidade, nós falamos isso na sala de espera e essas pessoas são convidadas a participarem. (ACS6/M1)

Com o CRAS e conselho tutelar também, às vezes eles indicam alguma coisa (...) é só através de informação, quando surge alguma coisa, família carente a gente ta indicando pro CRAS, o CRAS dá um retorno pra gente pra dizer que foi assistido, a mesma coisa com o conselho tutelar. (ENF3/M2)

De acordo com os relatórios de gestão, foi verificado que nos dois municípios há parceria da Secretaria de Educação com as equipes de saúde bucal. No município 02 existe o Programa Saúde na Escola (PSE).

Identificou-se fragilidade quando avaliado o vínculo das equipes com a população adstrita (25%, 21,4%). No município 01, entre os membros da equipe, somente os ACS e a equipe de enfermagem reconhecem a população e território, e no município 02 apenas os ACS. Os demais membros das equipes algumas vezes até descrevem a população, mas não descrevem o território.

A questão aqui mesmo de saneamento básico, que é precário, a questão de verminose, isso a gente olha através do SIAB também, da questão de coleta de lixo, de habitação, os dados de hipertensão, de diabetes [...] (ENF3/M1)

[...]os detalhes aí é a enfermeira que sabe. (MED1/M1)

A gente conhece, por ficar nessa Equipe aqui a gente já conhece cada paciente, cada história [...] (TE7/M1)

O planejamento diário, eu sempre comento com as minhas colegas, a gente acostuma tanto com a comunidade, com as famílias, que eu já conheço assim, de có e salteado eu já sei assim, por nome, eu já sei tudo porque 18 anos naquela mesma rotina [...] (ACS8/M1)

[...] são essas coisas que a gente fica, e isso prejudica porque quando começa a conhecer a população, a conhecer o paciente, ele vai embora e entra outro, não tem agora, no dia que você tiver um médico [...] (SMS/M2)

[...] porque são os agentes que estão mais em contato com o pessoal, que vão trazendo e, a gente consegue traçar alguma coisa da necessidade de saúde do pessoal a partir disso aí. (ENF5/M2)

[...] nós, agentes comunitários, que tem um conhecimento maior da micro-área, aqui tem uma rotatividade de profissionais de nível superior, por exemplo, médico, enfermeiro, então o agente comunitário fica mais por dentro da situação [...] (ACS1/M2)

A não fixação dos profissionais de nível superior na equipe, acarretando rotatividade destes profissionais, principalmente no município 02, pode estar interferindo para a efetivação do vínculo com a comunidade.

Nos discursos verificou-se que o contexto familiar não é considerado pelas equipes dos municípios. O atendimento ainda é individualizado, mesmo quando realizado em ambiente domiciliar. Não se identificou evidências de projetos terapêuticos voltados para o núcleo familiar, planejados a partir de suas necessidades.

Os membros das equipes reproduzem as linhas de trabalho tradicionais das ações programáticas. Percebeu-se que quando realizadas as visitas domiciliares elas são solicitadas pelo ACS e direcionadas à assistência individual, principalmente a acamados, puérperas e pacientes cadastrados nos programas de controle de Hipertensão e Diabetes.

[...] profissional, o médico e sua equipe, também não vai pra ver as condições, até as condições, até físicas, condições físicas, condições de ter uma escova, de ter uma pasta, o que é que ele come, o que ele não come, o que é que ele deixa de comer. (DEN2/M1)

A enfermeira faz uma escala, aí às vezes a gente vai com o médico, vai o técnico com o médico, às vezes vai o técnico com o agente comunitário. No caso do médico, é o paciente acamado, que não vem à unidade [...] (TE1/M1)

[...] a população ainda tem a mente muito fechada eu não sei o que acontece, o que eu tenho recebido são adolescentes que estão grávidas e acham que aquilo já se tornou um problema familiar entendeu, é um problema familiar, é um problema de estrutura, que por mais que o PSF tenta se adequar à realidade da família as vezes não consegue. (ENF1/M1)

É, os agentes que programam as visitas de acordo com o que eles vêem de necessidade. [...] o estado de saúde do paciente, é um dos critérios e, não só, também o contexto que o paciente está inserido, o contexto social, eu diria assim. (ENF5/M2)

Só quando tem visitas domiciliar quando tem pessoas acamadas. As visitas são planejadas baseadas na identificação do agente, o agente identifica alguma pessoa acamada, passa a informação pra equipe [...] (ACS3/M2)

As Equipes dos municípios não são capazes de descrever a comunidade adstrita à unidade. Os profissionais percebem alguns aspectos culturais, todavia eles não são considerados durante o planejamento das ações em saúde. São encontradas iniciativas isoladas de alguns membros das equipes, principalmente dos ACS, mesmo assim prevalecem os aspectos organizacionais e assistenciais.

A zona rural mesmo, a gente vai dia de semana porque a gente sabe que vai estar, a gente não marca assim, dia de feira, por exemplo. (ENF2/M1)

Porque tem aquela questão, a semana de colher verdura, não sei o que, eu não posso ir lá marcar o atendimento aí, resumindo a história toda, mudou alguns dias do atendimento em concordância com os agentes comunitários [...] (TE2/M1)

[...] o pessoal trouxe, como problema de saúde da população, eles colocaram como depressão, decorrente de quê, decorrente de uma possibilidade muito pouca de emprego no município, de falta de lazer e, como solução, eles disseram que já havia antes, que pararam, no momento, mas assim, a gente tá tentando, buscando recomendar, a questão de cursos profissionalizantes no município. (ENF5/M2)

O discurso dos membros das equipes mostra evidências de que estes se consideram responsáveis pela população adstrita à unidade, porém, fragilidades foram identificadas. A responsabilização ainda se apresenta muito no sentido assistencialista, sendo mais uma característica dos enfermeiros e ACS. As ações fora do domicílio são pautadas pelas políticas do MS, não sendo considerada a realidade local. Percebe-se ainda fragilidade nas práticas voltadas ao fortalecimento do controle social.

[...] quando o paciente não consegue informa pra gente, ó não consegui marcar tal exame e tal, aí a gente entra, vendo o porquê [...] a gente procura sempre resolver a necessidade do paciente, sempre tá procurando resolver aqui, seja aqui na Unidade mesmo, seja na secretaria [...] (ENF2/M1)

Essa parte fica mais com a enfermeira da unidade. Os agentes comunitários que trazem as necessidades [...] (MED1/M1)

Eu costumo encaminhar, mas não monitoro. E outra coisa, o encaminhamento aqui é uma coisa difícil porque a gente não sabe que fim levou. (DEN2/M1)

[...] a questão também do câncer do colo do útero, nós também já fizemos, temos um apanhado, um caso, muitos casos aqui na cidade e estamos chamando essas pessoas, convidando pra passar o acompanhamento correto lá no CICAN em Salvador e estamos em contato direto com essas pessoas até o findar do seu tratamento [...] (ACS6/M1)

Eu não, acho que deve ter um conselho municipal de saúde funcionando, mas eu não me lembro de ter visto nenhuma reunião não. (MED4/M2)

[...] antes mesmo de eu vir eu já liguei pra Itiruçu pra ver o registro de uma pessoa, que senão vai perder o aposento e precisa tirar outra identidade então a gente, além do trabalho da saúde, a gente tipo, realiza várias coisas. (ACS2/M2)

Com certeza a gente nunca deixa ele voltar sem ser assistido. (ACS4/M2)

Identificou-se fragilidade na participação popular nos dois municípios. No município 01 observou-se ainda, com mais frequência, iniciativas de ouvir sugestões dos usuários.

Em nenhum dos municípios existe Conselhos Locais de Saúde e/ou outra forma de organização da comunidade local voltadas para o controle social. Desta forma, a organização dos serviços é definida pelos profissionais seguindo o padrão da SMS.

Não, em relação a horários, a turnos, a gente faz a escala aqui, mas a gente não pergunta não. (ENF2/M1)

Até aqui a gente não fez nenhuma ainda, assim pra ter conselho de saúde local, pra ter assim, a atuação deles ainda não, depois que eu cheguei aqui, não e, antes eu acho que também não acontecia. (ENF3/M1)

Somos nós, é quase que imposto à comunidade, porque na verdade a comunidade aqui não é organizada, se houvesse uma organização, é uma, um espaço mesmo, não existe isso, aqui eles são muito desarticulados [...] (MED2/M1)

Agora, de outras formas nunca foi discutido, quer dizer, eu não posso dizer nunca porque eu não sei a história anterior sabe, mas até agora não foi discutido de outra forma [...] (ENF3/M2)

É passado, às vezes, individual, não é panfletos e parede falando de horários e de tirar ficha, horário de funcionamento e dito ao próprio, que fala, ah é de tal hora a tal hora que tira a ficha. Mas assim, uma reunião mesmo pra dizer, pra passar pra população os horários, a não ser quando acha um tumulto, alguma coisa de, que possa ocorrer isso aí, mas fora isso [...] Foi feito no início, como eu te disse, mas [...] (TE7/M2)

Quando avaliada a dimensão **Trabalho em Equipe**, percebe-se que os municípios apresentam desempenho semelhante (58,3%), não havendo uniformidade nos discursos dos informantes.

A circulação das informações entre os membros da equipe não ocorre de forma homogênea, uma vez que ela é focalizada de acordo com interesses, funções exercidas e grau de envolvimento do sujeito. O fluxo de informação tem início no enfermeiro que tem a responsabilidade de repassá-la aos demais membros.

Percebe-se que o enfermeiro recebe informações mais detalhadas e abrangentes, enquanto os demais membros da equipe são voltados para a sua atuação.

Provavelmente a enfermeira, essa parte já não fica comigo, porque ela fica responsável por essa organização da unidade. (MED1/M1)

Eu não tenho muita assim, proximidade com essas coisas, sou mais por fora, mas o que eu vejo o povo mais reclamando é sobre os exames. (TE5/M1)

Tentamos, em Equipe, tentamos. Assim, eu tenho muito diálogo, nós todos da Equipe temos muito diálogo, com uns mais, com outros menos, acaba sendo assim, até por questão de personalidade mesmo, algumas pessoas não são tão adeptas ao PSF [...] (ENF1/M1)

Bom, no caso a solicitação veio direta pra os odontólogos das duas equipes, então eu não sei se foi direcionada pra cada profissional ou se foi só pra odontologia mesmo (...) os profissionais ficam um pouco dispersos, então a gente sente um pouquinho de falta de integração entre todos os profissionais integrantes da equipe. (DEN1/M2)

Nos municípios pesquisados, a reunião entre os membros da equipe ocorre com regularidade, entretanto nem sempre conta com a participação de todos. Ficou explícita no discurso dos trabalhadores da ESF, a ausência do médico e do dentista do município 02 nesta atividade.

Percebe-se ainda, que muitos profissionais confundem o fechamento da produtividade como sendo reunião da equipe.

[...] a equipe toda não, agentes comunitários participam, geralmente acontecem entre agente comunitário e eu, não todo mundo junto, mas a gente consegue fazer reuniões assim, faz separadamente, mas é passado de um pra o outro [...] (ENF5/M2)

[...] Sempre não, mas sempre na execução eu to junto, tanto que, teve o mutirão da dengue que, todo mundo junto, médico, dentista, enfermeiro [...] Acaba tendo reuniões de equipe, acaba a enfermeira fazendo um link muito grande com toda a equipe [...] (DEN1/M1)

Com a equipe a gente tem uma vez por mês, porque, até por causa do tempo, que o médico fica aqui três vezes na semana, ou dois dias na semana, nos outros tem que se deslocar. Então, se tirar pra uma reunião fica uma área descoberta, não tem como, mas é assim, a equipe toda, médico, enfermeira, dentista. (ACS3/M1)

[...] nem o médico nem o odontólogo participa. (TE1/M2)

[...] nós temos o dia, por exemplo, da produtividade, é o dia todo pra pegar a nossa produtividade, aí pega tudo, é olhado os nossos cartões de hipertensos, diabéticos, gestantes, todas essas fichas, e aí a gente discute o que foi durante os 15 dias o que aconteceu [...] (ACS1/M2)

É, as situações mais críticas que precisam mais assim, de atenção... É, em cada reunião dessa a gente vai fazer o próximo, o que é que ta precisando fazer, se vai ser uma caminhada, um mutirão, uma palestra, é em reunião de equipe que vai ser decidido isso [...] (MED1/M1)

Como evidenciado nos discursos, nessas reuniões ocorre principalmente o repasse de informações, questões operacionais e problemas do serviço. Não há evidência de que o foco das reuniões esteja direcionado a problemas de saúde da população adstrita, discussões de casos e/ou de projetos terapêuticos comuns.

As discussões sobre planejamento de atividades acontecem com maior frequência durante as reuniões para entrega do relatório de produtividade, onde se reúnem principalmente o enfermeiro com os ACS. Ainda nestas reuniões são repassadas informações sobre a programação da equipe.

Nos municípios em questão, a reunião da equipe, mesmo não acontecendo semanalmente, quando ocorre, conta sempre com a presença da coordenação da atenção básica e no caso do município 01, com a SMS.

Não, tem as reuniões... De 15 em 15 dias. As reuniões só, infelizmente a secretária de saúde só fala que ta tudo bem, tudo maravilhoso [...] (DEN2/M1)

Bom, geralmente quem dá introdução nessas reuniões, quando acontece essas reuniões com presença de atenção básica, acaba sendo a coordenadora de atenção básica. (DEN1/M2)

Verifica-se ainda que algumas ações desenvolvidas pela equipe vêm normatizadas da SMS. Fato este que evidencia a ausência do reconhecimento por parte da equipe das reais necessidades da população adstrita, dificultando a elaboração de uma proposta de atuação respeitando as particularidades da unidade.

Percebe-se que todas as equipes possuem a mesma lógica de organização dos serviços, e contam com a presença próxima da coordenação da Atenção Básica, sendo repassada para a mesma a tomada de decisão.

Como o grau de envolvimento dos membros das equipes é restrito, não há evidências de decisões conjuntas. Ressalta-se ainda a não existência de ações multidisciplinares, pois o grau de envolvimento nas ações está relacionado à categoria profissional que representa.

As programações discutidas na equipe têm a condução do enfermeiro, que na maioria das vezes traz uma proposta a ser discutida. Em algumas decisões a equipe

participa dando sugestões, mas não há o cumprimento do que é decidido e planejado.

A coordenadora sempre programa ... Ela faz uma reunião com a Equipe e passa os planos e daí toma as providências pra os órgãos competentes [...]
(MED3/M1)

A enfermeira senta com a equipe, discute e todo mundo chega num consenso de qual ação vai fazer pra tentar atingir aquele problema específico. (DEN1/M1)

[...] tem algumas coisas que já vem pronto da secretaria pra gente.
(ACS1/M2)

[...] se faz esse plano todo e depois, de uma certa forma não é feita do jeito que foi feito em grupo, e faz porque duas ou três pessoas decidiram que ia ser feito desse jeito e aí, de uma certa forma, acontece desse jeito.
(ACS1/M2)

[...] porque tem o enfermeiro e a moça aqui que é enfermeira também, então eles conversam lá entre eles e o que dá, o que dão pra eles fazerem eles faz [...]
(TE6/M2)

Nas equipes pesquisadas a distribuição de responsabilidades entre seus membros não ocorre de uma forma satisfatória. Há uma divisão de tarefas e papéis considerando as especificidades dos membros. Entretanto, evidencia-se acúmulo de responsabilidades para alguns profissionais, com destaque para o enfermeiro.

Percebeu-se que as responsabilidades, quando delegadas aos membros da equipe, são específicas e que quando eles as concluem termina a sua obrigação. Recai sobre o enfermeiro a responsabilidade pela programação das ações e execução de relatórios entregues aos gestores.

Nos discursos ficou evidente o reconhecimento dessa responsabilidade dos enfermeiros por parte da SMS, mesmo este profissional não tendo uma função de confiança ou de chefia no organograma.

[...] eu acho muita coisa pra uma enfermeira só porque tem a parte burocrática que toma muito tempo e assim, acaba que contato direto com os pacientes fica faltando um pouco, [...] a secretaria ta sempre cobrando que tem que ter o número, que tem que ter isso, tem que ter os papéis, tem que ter as datas pra mandar, então assim, eu acho que falta tempo [...]
(ENF3/M1)

Isso, assim, é bem dividido, cada um cuida mais da sua área. Agora a gente trabalha a interdisciplinaridade também, às vezes quando um precisa do outro. (DEN2/M2)

A enfermeira que coordena aqui a unidade é que se encarrega disso.
(MED1/M1)

[...] às 14:45 o médico vai embora e logo em seguida a recepcionista também. Fica a técnica em enfermagem, a vigilante e a auxiliar de serviços gerais. Esta última fica fazendo seu trabalho e a técnica fica assistindo TV. [...] às 09:40 termina o atendimento odontológico [...] o dentista permanece na unidade esperando que um material de uma prótese seque. Fica conversando na unidade e assistindo TV. (Diário de campo / M2)

Nos municípios, em todas as equipes pesquisadas, as ações gerenciais da unidade são de responsabilidade dos enfermeiros. Este fato acaba por dotar estes profissionais de certo poder na equipe. Todavia, fica ainda explícito a hegemonia médica, vez que mesmo tendo o enfermeiro um papel gerencial da equipe, as ações relacionadas ao trabalho do médico não passam por uma decisão conjunta.

Observa-se decisões tomadas pelos médicos, que vão de encontro à lógica do trabalho na ESF, muitas vezes contrariando decisões dos demais membros da equipe. Há casos em que houve mudança nos dias de atendimento, regras para agendamentos, alteração da lógica de atendimento. Em função da carência de profissionais médicos na região, em muitos casos, a atuação destes profissionais na equipe é negociada diretamente com o prefeito municipal.

A própria enfermeira da equipe, a nossa coordenadora, sempre ela faz, marca, sempre assim [...] (ACS2/M1)

Que hoje, querendo ou não, você é refém do médico. [...]o médico hoje não quer nem aferir pressão. Ele veste lá, chega, já checa o que é que tem e passa a medicação. (SMS3/M2)

Diante do exposto, e de acordo com a pontuação da avaliação do grau de implantação verificada no quadro 01, os municípios 01 e 02 alcançaram um percentual de 48% e 34% respectivamente. Comparando as dimensões **Abordagem Populacional Comunitária e Trabalho em Equipe** isoladamente, o desempenho foi respectivamente 44,7% e 58,3% para o município 01 e 26,3% e 58,2% para o município 02. Ou seja, na avaliação geral, os municípios se encontram num grau incipiente de implantação da ESF, e quando consideradas as dimensões separadamente o trabalho em equipe alcança um grau intermediário, embora apresente problemas que não foram sensíveis à matriz de avaliação.

5 DISCUSSÃO

A ausência de estudos avaliativos da mesma natureza em municípios de pequeno porte fez com que optássemos por realizar a comparação dos resultados obtidos com os de municípios de diferente porte populacional.

Considerando ainda a complexidade dos resultados e visando contribuir para uma melhor forma compará-los com os publicados na literatura científica nacional, optou-se por apresentar esta etapa do trabalho em dois momentos. No primeiro, estabeleceu-se o diálogo considerando as características da implementação da ESF. E o segundo, na avaliação do grau de implantação da ESF nesses municípios relacionando-os com as características sócio-demográficas, político-institucionais e organizacionais.

5.1 CAMINHOS E DESCAMINHOS PARA A MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO: CARACTERÍSTICAS GERAIS DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESF NOS MUNICÍPIOS-CASO

O resultado da análise da implantação da ESF nos municípios pesquisados aponta aspectos importantes, uma vez que identificou-se sistemas locais que impulsionam a mudança do modelo de atenção, e ainda obstáculos que refletem na persistência dos modelos hegemônicos. Essas características estão presentes nos três aspectos estudados: político-institucional, organizacional e técnico-assistencial.

Quanto ao aspecto político-institucional, identificou-se pontos fortalecidos. Nos municípios pesquisados, os projetos de governo aparentemente trazem consigo a proposta de universalização da ESF, iniciativas de desprecarização do vínculo no trabalho em saúde, reconhecimento da gestão quanto à necessidade de melhor capacitação dos membros das equipes, garantia de investimentos em saúde, compromisso com a efetividade do sistema de saúde e evidências ainda incipientes de ações intersetoriais. Contudo em cada um destes elementos há que se discutir as limitações que permeiam a implementação de propostas de modelos de atenção alternativos que tenha como foco o usuário-cidadão.

Como apresentado, os municípios pesquisados apresentam indicadores sociais desfavoráveis e alta cobertura da ESF a mais de uma década, corroborando desta forma com resultados obtidos no estudo conduzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e Pereira (2006), quando avaliaram a expansão da ESF no Brasil. Segundo os estudos, o crescimento da ESF na região nordeste e em localidades com situação sócio-econômica precária ocorreu de forma mais acelerada. Além do mais, descrevem que a implantação da ESF nos municípios de pequeno porte ocorreu com atraso, mas surge acompanhada de alta cobertura potencial.

Nos municípios pesquisados a lógica da implantação da ESF parece ter sido de universalização da atenção a saúde. Mas é preciso considerar a observação de Viana e Dal Poz (2005), de que propostas focalizadoras podem estar sendo mascaradas em localidades com grandes proporções de estratos de excluídos. Considerando os indicadores sociais nesses municípios, a população residente é SUS dependente e não dispõem de outra forma de acesso aos serviços de saúde.

Ainda de acordo com Viana e Dal Poz (2005), o modelo adotado pela ESF nos municípios, seria híbrido de regionalização (influência da política estadual) e principiante (baixa participação popular). Conforme observado, nos municípios avaliados, a gestão e as equipes locais seguem o padrão proposto pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no que diz respeito às ações desenvolvidas, forma de organização e monitoramento, dentre outros aspectos. O discurso dos sujeitos apresenta um grau elevado de similaridades ao descreverem as ações e dificuldades. A uniformização dos discursos ocorreu principalmente na fala dos gestores e coordenadores da Atenção Básica e Vigilância à Saúde. Vale ressaltar que tais discursos estão relacionadas ao conteúdo dos documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Esta uniformidade contrasta com características peculiares desses municípios que teoricamente necessitariam de modelos singulares da ESF. Afinal, além do pequeno porte, os municípios possuem uma proporção acima da média nacional de pessoas idosas, elevado índice de analfabetismo em menores de 20 anos, precariedade no acesso à rede de esgoto e coleta de lixo, alto percentual de famílias beneficiadas por programas de transferência de renda, baixa taxa de urbanização com grandes áreas rurais, dentre outros problemas sócio-econômicos.

De acordo com a análise aqui realizada, o cenário encontrado mostrou-se propício para a elaboração de propostas de mudança. Os municípios possuem contextos políticos favoráveis, uma vez que ao contrário de estudos que apontam descontinuidade de governos e rotatividade nos cargos de gestão (SHIMIZUL; ROSALES, 2009; KANTORSKI et al., 2006), identificou-se continuidade de grupos políticos no governo municipal e na gestão da saúde. Somado a este fato, os secretários de saúde possuem residência no município e em seus discursos verificou-se que conhecem a realidade local e estão comprometidos com a resolução dos problemas de saúde da população. Estas informações foram confirmadas na fala de outros sujeitos da pesquisa, na observação participante e na análise dos documentos da gestão. Estes dados são corroborados por Sousa e Merchán-Hamann (2009), que identifica a universalização da ESF como possibilidade de redução das desigualdades locais como motivação dos gestores.

Esta característica da gestão apresenta fatores que favorecem o fortalecimento da ESF nesses municípios, todavia a priorização da estratégia ainda é controversa. Verificou-se que documentos oficiais da gestão, o discurso dos gestores e demais trabalhadores, as observações participantes e a análise dos investimentos no setor saúde não evidenciam propostas que venham fortalecer a ESF em suas especificidades. Mesmo no município 01 que a gestora afirma priorizar a Atenção Básica, o recurso para esse nível de atenção ainda é reduzido.

De acordo com Rocha et al. (2008), os investimentos em saúde ainda refletem a lógica hegemônica, pois apesar de verificar maior investimento na saúde em geral, a alocação de recursos na Atenção Básica ainda é um obstáculo para o SUS. E ao considerarmos os municípios aqui estudados, essa não é uma questão simples, uma vez que dado o compromisso da gestão com a população, algumas vezes é priorizado a resolução dos problemas de saúde que requerem uma maior urgência. Analisando numa outra perspectiva, esta situação reflete a baixa efetividade do sistema local e fragilidades na rede de atenção que não garante o acesso aos serviços especializados. Ao mesmo tempo pode também estar relacionada à baixa capacidade do município em formular políticas que melhorem as condições de vida e desenvolvimento de tecnologias que fortaleçam a prática clínica nas USF. Isso leva a persistência no discurso da gestão de insuficiência de recursos, que vem sendo apontado como um dos problemas para o fortalecimento

da ESF (KANTORSKI et al., 2006), discurso este presente na fala dos gestores dos municípios pesquisados.

Assim, essa incoerência no que tange à priorização da Atenção Básica, entre o discurso e investimento, aponta obstáculos para a efetivação da ESF. Segundo Copque e Trad (2005), problema com financiamento, falta de articulação entre os níveis de atenção e precariedade nas condições de vida constituem-se obstáculos ao desenvolvimento da ESF. E como foi observado, esses três aspectos se fizeram presentes nos dois casos estudados.

A análise realizada nos municípios permitiu identificar a ausência de uma proposta clara do governo e a falta de iniciativas específicas dos municípios em relação à ESF. Estes fatos nos levam a concluir que é prioridade da gestão garantir o acesso aos serviços da atenção básica, mas não necessariamente na ESF. Por vezes parece que a implantação da ESF ocorreu por ser o modelo estabelecido e financiado pelo Estado e União.

Facchini et al. (2006) e Escorel et al. (2007) verificaram deficiências nas estratégias gerenciais voltadas ao planejamento, avaliação, monitoramento, supervisão e articulação dos recursos disponíveis. Nos municípios pesquisados, apesar do grau de compromisso da gestão e da organização dos serviços, a falta de formação específica do gestor da SMS na área da saúde e a pouca experiência das coordenações da Atenção Básica, também podem estar comprometendo essas ações.

Nos municípios, o perfil dos trabalhadores da USF é semelhante ao da equipe técnica da SMS. Os trabalhadores da ESF são jovens, do gênero feminino, com formação profissional recente e sem especialização, corroborando com os achados por Marqui (2010) em outras regiões do país. Vale ressaltar que no município 02 há um maior percentual de profissionais de nível superior do gênero masculino. Outra exceção identificada nos dois municípios esta relacionada à idade e tempo de formação profissional dos profissionais médicos e de nível médio.

Nos dois municípios, na comparação do tempo de implantação da ESF com o tempo médio de permanência dos profissionais na ESF percebe-se que houve rotatividade de profissionais ao longo dos anos. Todavia, identificou-se estratégias de fixação profissional nestes municípios. Além da realização de concurso público, os gestores também procuram dar garantias de condições de trabalho adequado.

Dentre os profissionais em que houve maior rotatividade nas equipes destaca-se o médico. A alta rotatividade do profissional médico, também foi destaque no estudo de Melo et al. (2008).

Mas essa questão da formação das equipes de trabalho nesses municípios ainda é bastante controversa nos discursos dos gestores e coordenadores da Atenção Básica. Prevalece nas falas a dificuldade de fixação do profissional médico, sendo esta relacionada à quantidade insuficiente desses profissionais no mercado. Todavia, nas profissões em que foi verificada uma maior oferta como enfermeiro e cirurgião dentista, também houve rotatividade.

Outro fato que chamou bastante atenção foi o perfil dos profissionais que atuam na ESF nestes municípios, que não possuem qualificação específica. Entretanto não há evidência na fala dos gestores de preocupação com relação a este fato. Os gestores não relataram preocupação com a falta de Técnicos em Saúde Bucal ou flexibilização da carga horária dos cirurgiões dentistas, fato este verificado durante o período da observação participante.

Evidente que por enfrentarem problemas na contratação de alguns profissionais, em decorrência da baixa oferta, os gestores encontram dificuldade de selecionar profissionais devidamente capacitados para atuar na estratégia.

Outro fato relevante é que, mesmo nas profissões em que há oferta de profissionais, não há por parte do gestor a preocupação com o conhecimento dos profissionais com relação à sua atuação na ESF. Considerando a discussão de Favoreto e Camargo Júnior (2002), de que a simples exposição do profissional aos cenários de prática não é suficiente se ele não for capaz de compreender o seu papel, muitos dos problemas identificados nos municípios poderiam ser minimizados com a contratação de profissionais com formação para atuar na ESF.

Nos municípios pesquisados percebe-se que o problema de pessoal da ESF vai além da oferta de profissionais e se relaciona muito mais com a formação. Assim como em outras realidades (ROCHA et al., 2008), há dificuldade na desprecarização do trabalho na ESF. Sendo importante ressaltar que as estratégias de fixação podem perpassar por outros fatores além do vínculo efetivo. Os planos de carreira, a formação de boas equipes de trabalho e a educação permanente mostraram-se favoráveis em alguns municípios (KANTORSKI et al., 2006; MELO et al., 2008).

Contudo, na realidade aqui estudada, identifica-se situações peculiares a municípios de pequeno porte. Nestes, há dificuldade de recursos, o que inviabiliza prover bons salários e planos de carreira para estes profissionais. A própria estrutura das cidades, por não oferecerem outros benefícios, até mesmo de crescimento e capacitação profissional, dificulta a fixação profissional. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de pensar alternativas de enfrentamento deste problema.

A educação permanente é outro obstáculo importante a ser considerado nos cenários estudados. Este limite foi sinalizado anteriormente em outros municípios (CAMARGO JUNIOR et al., 2008; VERAS; VIANNA, 2009). Contudo, esta limitação foi observada no estudo conduzido por Figueiredo et al. (2010) onde o autor relata que dificuldades de acesso à formação permanente é comum em qualquer município, sendo inexistentes essas ações em municípios com menos de 10.000 habitantes.

A Educação Permanente nos dois casos ainda não foi incorporada às concepções e práticas dos sujeitos. Ela vem sendo equivocadamente abordada como sinônimo de capacitações esporádicas. Foi expressa na fala dos gestores, a necessidade de melhor capacitação da equipe que atua na SMS e também daqueles que prestam cuidados diretos à população, mas numa perspectiva ainda verticalizada.

Ficou evidente nos discursos dos gestores que a responsabilidade em realizar atividades de Educação permanente é das demais esferas de governo. Quando referidas à possibilidade da adoção de iniciativas locais, os gestores relatam dificuldades relacionadas à falta de recursos financeiros e de pessoal. Em nenhum momento surge nas falas, a utilização do serviço como espaço de educação permanente, corroborando assim com os achados de Pessanha e Cunha (2009).

Por outro lado, verificou-se que em nenhum momento os gestores e coordenadores dos municípios relatam deficiências da equipe com relação às concepções e práticas voltadas ao território, como limites para a efetivação da ESF nos seus municípios. Este fato demonstra uma baixa capacitação dos gestores e equipe técnica, que limita ainda mais o diagnóstico da necessidade da educação permanente. Pode ainda interferir no perfil de profissionais selecionados para o trabalho na ESF, mesmo nas categorias onde a oferta de profissionais é maior.

A dificuldade encontrada pelos gestores em efetivar uma política de pessoal pode comprometer as práticas tanto na assistência quanto na gestão. Tem-se como exemplo a baixa utilização dos instrumentos de gestão pelos profissionais que atuam nestes municípios. A análise do plano municipal de saúde evidencia inconsistências, uma vez que há pouca participação dos usuários na sua elaboração, fato este identificado também por Veras e Vianna (2009). Percebe-se que os profissionais consideram o plano municipal e relatórios de gestão como atos burocráticos, de cumprimento das exigências do Estado. Esta concepção reforça a baixa capacidade de gestão e a deficiência na participação efetiva dos sujeitos na formulação e acompanhamento das políticas de saúde.

A participação dos trabalhadores do setor saúde foi comprovada por Copque e Trad (2005), como fator responsável pelo fortalecimento e desenvolvimento da ESF. A gestão participativa facilita o processo de fortalecimento de propostas que reorientam a atenção à saúde. Somente por meio da participação dos sujeitos dos diversos segmentos no processo de planejamento é possível mudar o foco do modelo de atenção. Desta forma é possível identificar as necessidades de saúde da população, a partir do conhecimento da clientela, seu território e modo de vida.

Neste sentido, nos municípios analisados, não há evidência de rigidez em sua estrutura burocrática, contudo, faltam ainda iniciativas visando fortalecer a participação popular. Corroborando assim com os achados de Figueiredo et al. (2010), quando relatam que convivem ainda práticas tradicionais de gestão com práticas participativas. Verificou-se que nestes municípios abre-se espaço para mudanças, mas estas ainda não conseguem ser abrangentes suficientes para efetivar o processo de democratização da saúde.

Deste modo, as práticas de promoção à saúde identificadas nos municípios não consideram os determinantes sociais, planejamento sistemático e avaliação. Até mesmo porque a avaliação é confundida como monitoramento e está muito mais voltada aos indicadores propostos pelo Estado e não propriamente para a análise local da situação de saúde.

O reconhecimento da necessidade de articulações intersetoriais esteve presente nos discursos dos gestores e coordenadores. Todavia, não houve evidências de práticas permanentes. As ações executadas são pontuais refletindo a insuficiência do conhecimento técnico e até mesmo de uma formação pouco

abrangente, e conseqüentemente não direcionadas para as reais necessidades de saúde da população, por não considerar os determinantes sociais (PAIM, 2006).

Os gestores e coordenadores da Atenção Básica enfatizam a baixa capacidade de resolução de problemas estruturais. Referem-se à limitação de recursos para ações mais amplas, estruturação dos serviços e educação permanente. Segundo Sousa e Merchán-Hamann (2009) existe uma contradição entre os gestores das diferentes esferas de governo, uma vez que diferente do que os estados e a união referem, permanecem nos municípios as reivindicações quanto ao apoio técnico e científico ao PSF, desenvolvimento de pessoal e incentivos financeiros.

Independente do apoio ou não pelas demais esferas de governo, não existem, por parte dos municípios, propostas consolidadas de ação no âmbito da educação permanente e de implementação de ações intersetoriais que visem captar recursos externos. Fato este preocupante, já que estudos apontam que há maior efetividade e maior abrangência das iniciativas intersetoriais quando definidas como política de governo municipal e construção de interfaces e cooperação entre setores da sociedade (GIOVANELLA et al., 2009).

Com a ausência de ações sistematizadas de promoção à saúde, segundo Viana et al. (2006) persistem obstáculos externos a ESF, basicamente relacionados a problemas sociais. Para enfrentá-los faz-se necessário implantar políticas públicas intersetoriais, no campo social e do trabalho. Nos municípios de pequeno porte pesquisados, entre os problemas relatados estão: o desemprego, baixa renda, baixo grau de escolaridade e ainda a grande extensão territorial da zona rural. Seria necessário implementar ações intersetoriais como projeto de agricultura familiar, educação para o campo, melhoria de infra-estrutura rural que viessem atender melhor as necessidades desta população.

Partindo da premissa de que entre as prioridades da gestão devem constar um maior comprometimento das equipes e a implantação de modelos de gestão participativa, vez que eles colaboram com o desenvolvimento da proposta da ESF no âmbito local (COPQUE; TRAD, 2005), diante do cenário encontrado nos municípios estudados pode-se vislumbrar possibilidades de avanços. Pois existem espaços favoráveis à participação, no entanto falta organização da sociedade civil para essa efetivação.

Considerando o triângulo de governo de Matus (1993), o projeto de governo nos municípios no que se refere à intencionalidade é favorável, mas faltam propostas melhor definidas. Identificou-se boa governabilidade nos dois casos, todavia a capacidade de governo ainda tem fragilidades o que coincide com os achados de Camargo Júnior et al. (2008).

No aspecto organizacional há fatores fortalecidos nos dois casos pesquisados. Dentre eles destacamos a organização da Atenção Básica, as tentativas de articulação para garantir acesso aos demais níveis de atenção e a regularidade das atividades do Conselho Municipal de Saúde. No entanto, mesmo havendo regularidade das atividades, o espaço do controle social institucionalizado não está ainda fortalecido. Também identificou-se fragilidade no uso do sistemas de informação.

Com a universalização da ESF houve melhoria no acesso aos serviços básicos, e conseqüentemente houve um aumento na demanda dos serviços de média e alta complexidade. Como apontado por Kantorski et al., (2006) e Souza et al. (2008), essa melhoria no acesso libera demanda reprimida da Atenção Básica, contudo não garante resolutividade nos demais níveis, acarretando um descompasso entre a oferta e a demanda. Assim sendo, ao mesmo tempo em que há avanço na integração da Saúde da Família à rede assistencial, evidencia-se dificuldade de acesso aos serviços de Média e Alta Complexidade (GIOVANELLA et al., 2009).

Estudos desenvolvidos por Kantorski et al. (2006) e Elias et al. (2006) identificaram gargalo no acesso aos serviços especializados e também entraves na articulação da Atenção básica com os demais níveis de atenção. Nos municípios pesquisados além destes problemas existe um agravante, pois eles dependem dos serviços de média e alta complexidade pactuados com municípios maiores, retirando deles a autonomia para interferir nas decisões.

Assim sendo, soma-se aos problemas desses municípios, o nível de organização dos serviços, bem como a desestruturação da rede de referência dos municípios dos quais o serviço de média e alta complexidade é pactuado (VIANA et al., 2006; MELO et al., 2008; ROCHA et al., 2008). Nos municípios estudados, estes problemas são referenciados e em muitos casos não são solucionados. Como alternativa, os gestores acabam tendo que comprar os serviços de outras fontes e

com isto comprometem parte dos recursos que deveriam ser aplicados em outras áreas.

A prática clínica empobrecida e a baixa integração de práticas também contribuem para o aumento dos problemas com a MAC (HENRIQUE; CALVO, 2008). As fragilidades nos vínculos entre profissionais e comunidade, o baixo conhecimento do contexto familiar e comunitário podem estar relacionados à baixa utilização das tecnologias leves de trabalho abordadas por Mehry (2002). Desta forma, implica na resolutividade da ESF, fazendo crescer a demanda para outros níveis de atenção. Exemplo disso é o alto número de consultas médicas ambulatoriais verificadas no hospital do município 01, mesmo dispondo de médico em todas as USF.

Segundo Junges et al. (2009) o comprometimento da referência e contra-referência e as relações conflituosas entre Hospital e Atenção Básica, que deveriam ser uma relação de complementariedade acaba por se tornar um entrave à integralidade da atenção à saúde. Para que a atenção seja integral, a rede de serviço precisa estar articulada e fortalecida, De acordo com Serra e Rodrigues (2010), a precariedade ou inexistência da contra-referência, limitação da oferta, baixa capacidade dos sistemas de regulação e sistema de informação comprometem essa efetividade.

Neste sentido, os sistemas de informação são fundamentais para a organização desses serviços. Todavia, nos municípios estudados, embora sejam alimentados todos os sistemas propostos pelo MS, a sua utilização é limitada. Segundo Facchini et al. (2006) no nível local ainda existe baixo uso da tecnologia da informação, bem como baixa utilização das informações produzidas (CAMARGO JUNIOR et al., 2008). Vale ressaltar que, no que tange aos serviços especializados, essas limitações ainda são maiores, uma vez que os dados deveriam ser compartilhados com os municípios onde os serviços foram pactuados.

Considerando ainda a utilização dos dados provenientes dos sistemas de informação no nível local, destaca-se que comumente ocorre a simples quantificação dos resultados para o monitoramento das ações (JUNGES et al., 2009). Evidencia-se assim, mais um reflexo da baixa utilização dos sistemas de informação, o que torna essa atividade uma função burocrática (SHIMIZUL; ROSALES, 2009).

Tais achados reiteram a relação feita por Rocha et al. (2008), na qual a subutilização dos sistemas de informação acarreta dificuldade na qualificação do

monitoramento e na avaliação para a tomada de decisão. Além da subutilização dos sistemas para a elaboração dos instrumentos de gestão, devemos destacar a inconsistências dos dados obtidos pelos diferentes sistemas. Neste contexto, mesmo tendo sido verificado nos resultados a incorporação do planejamento e monitoramento à rotina das coordenações, evidenciou-se que ainda são frágeis e pouco articulados.

Percebe-se que nos municípios pesquisados cabe aos enfermeiros articularem as atividades de planejamento e avaliação. Entretanto, no discurso destes profissionais em momento algum se faz referência à relação das atividades desenvolvidas no nível local com os planejamentos realizados.

A articulação entre as ações de planejamento e avaliação torna-se mais comprometida quando analisada sob a luz do espaço do controle social, uma vez que nos municípios pesquisados a participação do CMS na elaboração das ações de planejamento e avaliação mostra-se não efetiva. A partir dos discursos, evidencia-se que a integração atende apenas às formalidades que o sistema requer. Segundo Melo et al. (2008), a ausência de movimentos sociais ativos enfraquece os espaços institucionalizados de participação popular. Essa deficiência na participação popular fortalece a resistência dos profissionais por uma ruptura com o modelo bio-médico, de forma a retardar mudanças no aspecto técnico-assistencial.

De acordo com Teixeira (2006a) os aspectos técnico-assistenciais estão relacionados às relações estabelecidas entre os sujeito e objeto de trabalho, ou seja, às práticas. Considerando o conceito de modelo de atenção proposto por Paim (2008) que corresponde exatamente ao “conteúdo” dos sistemas, estando portanto relacionado às práticas dos sujeitos, constitui-se este aspecto como o ponto de partida para a consolidação da ESF na reorientação do modelo de atenção no país.

Nos municípios estudados assim como no trabalho de Camargo Júnior et al. (2008), há indícios de vínculo entre alguns profissionais e a população e algumas ações caminham no sentido da integralidade do cuidado. Todavia, essas mudanças acontecem ainda com foco na demanda apresentada pela população e não em suas necessidades. Neste sentido, verificou-se baixa apropriação de conceitos básicos por parte dos profissionais e conseqüentes práticas ainda não satisfatórias ao território. Tais circunstâncias podem estar associadas à insuficiência de qualificação dos membros da equipe, falta de uma carreira e outros fatores que valorizem esses

profissionais, contribuindo para o fortalecimento de postura pró-ativas por parte deles.

Os discursos ainda revelaram uma superficialidade nos conhecimentos sobre o trabalho na estratégia Saúde da família. Isso ficou explícito no baixo desempenho dos municípios nos critérios de territorialização e organização das ações de saúde. A não exploração do território e a reprodução das ações programáticas também prevalecem como foi verificado por Shimizul e Rosales (2009).

Foi identificada nos discursos dos entrevistados, a necessidade de aprofundar seus conhecimentos nos temas, concepções dos níveis de prevenção, mapeamento, análise de situação de saúde e visita domiciliar. Entretanto, esses temas não foram citados, quando abordam a necessidade de educação permanente. Confirma-se assim a fragilidade na formação das equipes, já identificada anteriormente, que estaria prejudicando o real funcionamento das ESF. Pois, tanto a fragmentação de práticas como o déficit no conhecimento específico leva à não potencialização dos elementos dos aspectos político-assistenciais e organizacionais que foram considerados favoráveis à mudança do modelo.

Considerando as mudanças identificadas na ESF dos municípios avaliados, mesmo aproximando-se das necessidades da população, se comparadas aos modelos tradicionais, percebe-se que ainda estão focadas nas demandas dos serviços. Escorel et al. (2007) e Veras e Vianna (2009) relatam as deficiências nas ações de territorialização, o que tem implicado segundo Rocha et al. (2008) em baixa capacidade formuladora de políticas locais e ainda considerando Shimizul e Rosales (2009), em inexistência de planejamento e avaliação voltados para cada área da USF.

Estas deficiências acabam, por vezes, sendo mascaradas pela reprodução de um modelo regionalizado da ESF, no que se refere às ações assistenciais e de proteção específica. No entanto, uma baixa capacidade da equipe leva à limitação das iniciativas de integração de práticas voltadas para ações de promoção à saúde (ROCHA et al., 2008). Nos dois municípios identificou-se ações desarticuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Verificou-se que seguem padrões externos, e não refletem a necessidade local, a não ser naquilo em que as características do município são semelhantes àsquelas predominantes no Estado.

A partir dos resultados deste estudo nos é permitido inferir que ao contrário dos cenários estudados por Sousa et al. (2008), a ESF não vem contribuindo para superação da desigualdade na saúde, pois enfrenta desafios de ordem social, político, econômico, institucional e cultural, materializados nas deficiências de coordenação, gestão, financiamento e sobretudo na predominância das práticas médico-assistencial. Ou seja, as práticas acabam por refletir a permanência dos desafios na esfera político-institucional, principalmente de formação, educação permanente e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde de forma intersetorial.

A omissão na participação popular verificada por Rocha et al. (2008) pode ser considerada como um dos fatores que compromete os enfrentamentos dos determinantes sociais. Pois, como foi observado nos municípios avaliados, além das limitações evidenciadas no CMS, os Conselhos Locais não foram constituídos, mesmo após todos estes anos de implantação da ESF. Por outro lado, nas falas dos indivíduos não há referência a esta situação, o que evidencia segundo Schimith e Lima (2004) uma baixa responsabilização sobre os problemas de saúde e estímulo à autonomia dos usuários. Este usuário às vezes é concebido como sujeito, e às vezes como objeto, não sendo incentivada a participação cidadã como coloca Trad e Esperidião (2009) evidenciando incipiência na incorporação do princípio da coresponsabilidade na gestão e na atenção na ESF.

Nestes municípios, não foram identificadas iniciativas de engajamento social dos profissionais e conseqüentemente não estimulam essa prática no contato com os usuários. De acordo com Campos e Wendhausen (2007) a participação limitada da equipe reflete concepções voltadas para o modelo médico-hegemônico. E para Lacerda e Santiago (2007) pode ainda estar relacionada com a falta de capacitação dos profissionais em metodologias de estímulo a participação popular.

Nos dois cenários, identificou-se como ponto positivo, a realização de ações voltadas para a coletividade, semelhante ao identificado por Facchini et al. (2006) em municípios de grande porte das regiões Nordeste e Sul. Existem iniciativas de trabalho conjunto que estão incorporadas no discurso de toda equipe refletindo, segundo o referido autor, um maior cuidado às necessidades da população. Nestes cenários, assim como em um município de médio porte, investigado por Kantorski et al. (2009) as parcerias entre os diversos setores se mostraram freqüentes,

contribuindo para a implementação de práticas alternativas, que fogem ao modelo tradicional, potencializadoras da integralidade.

Entretanto, identificou-se ainda limites com resquícios dos modelos tradicionais. Como demonstrado por Besen et al. (2007) e Shimizul e Rosales (2009) as práticas educativas ainda são verticalizadas e patologizantes, nos moldes da pedagogia tradicional que se distanciam das ações de promoção à saúde. Os discursos se distanciam da capacitação comunitária para a autonomia e enfrentamento dos determinantes sociais. Além disso, assim como sinalizado por Escorel et al. (2007), as ações educativas não possuem articulação com os demais níveis de atenção.

De acordo com os resultados, nos municípios investigados, as ações coletivas nem sempre estão articuladas com as ações de cuidado individual. Na maioria das vezes são planejadas e desenvolvidas de forma paralela, acarretando fragilidade na integração das práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Limitações também foram evidenciadas na atenção domiciliar, uma vez que ainda é restrita a algumas modalidades e não coloca a família como protagonista corroborando desta forma com os achados por Giacomozzi e Lacerda (2006). Isso talvez esteja relacionado à limitada compreensão dos profissionais com relação ao processo saúde-doença (SHIMIZUL; ROSALES, 2009) e o predomínio da prática clínica empobrecida (OLIVEIRA, 2011).

No que se refere ao estabelecimento de vínculo, já discutido anteriormente, identificou-se avanços, até mesmo pelo tempo de implantação da ESF. Existem evidências de relações mais responsabilizadoras e acolhedoras com os usuários e famílias (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Todavia, a rotatividade dos profissionais prejudica este vínculo, principalmente no que se refere aos profissionais de nível superior (JUNGES et al., 2009). Os vínculos estabelecidos refletem um modelo de atenção com foco na demanda.

Houve similaridade dos casos estudados com os estudos de Francolli e Zoboli (2004), Schimith e Lima (2004), onde o acolhimento acontece focalizado na queixa, e atividades clínicas com intervenções pontuais e pouco resolutivas. Segundo Camargo Júnior et al. (2008), tal fato acarreta uma deficiência no vínculo com responsabilização e intersetorialidade que acaba comprometendo a efetividade da

ESF e sobrecarregando outros níveis de atenção, deslocando recursos e desfavorecendo ainda mais as ações de APS.

Entre os trabalhadores, percebeu-se que os maiores vínculos são dos ACS, por estarem mais tempo atuando nas equipes, demonstrando conhecer a população e território. Dentre os profissionais que atuam na ESF os ACS foram os maiores identificadores de necessidades e problemas de saúde na população, corroborando com resultados semelhantes encontrados por Shimizu e Rosales (2009).

O predomínio de um modelo de atenção com foco na demanda e até mesmo de uma lógica bio-médica, compromete novas formas de articulação entre os sujeitos. O que faz os resultados dos municípios estudados mais uma vez se assemelhaem a outros estudos no que diz respeito à dificuldade de trabalhar em equipe (MARQUI, 2010), bem como com a circulação da informação (CAMARGO JUNIOR et al., 2008). Nos municípios, mesmo com avanços em relação aos modelos tradicionais, onde existem formalmente espaços de construções coletivas, tais espaços não têm sido utilizados de forma estratégica. Nem todos os membros da equipe participam regularmente desses momentos e aqueles que participam não têm dado enfoque ao cuidado integral, se limitando apenas a discussões de questões operacionais de funcionamento da unidade.

Coincidindo com os resultados encontrados por Silva e Trad (2005), nos municípios pesquisados, a partilha de decisões ainda é sobre a dinâmica da unidade e o planejamento se concentra em alguns profissionais de nível superior, sendo esta atividade desenvolvida de forma individualizada.

De acordo com Kantorski et al. (2006), práticas desse tipo dificultam o aprendizado do trabalho em equipe, que é um dos pontos que precisa ser trabalhado no âmbito da educação permanente e os serviços precisam se constituir cenários de aprendizagem. Pois, considerando o papel da ESF, de acordo com Kell e Shimizu (2010), o trabalho em equipe como a simples união dos integrantes na busca de um objetivo comum, trabalho de forma parcelar, com funções isoladas ou compartilhada, mas não integrada, dificulta a elaboração de projetos assistenciais locais que atendam as necessidades mais amplas da população.

Considerando ainda o trabalho em equipe, ressaltou-se nos depoimentos, a sobrecarga do enfermeiro por funções que poderiam ser compartilhadas. Esta sobrecarga acaba dificultando o desenvolvimento das atividades inerentes à sua

profissão. Isso ratifica os achados de Pavoni e Medeiros (2009), que ainda destacaram o não envolvimento de todos os membros da equipe nas ações de planejamento principalmente nos pequenos municípios.

Nos dois municípios pesquisados, a hegemonia médica prevalece. Os serviços são organizados de acordo com a disponibilidade de horário destes profissionais. Esta prática acaba por comprometer a rotina do serviço, por não atender plenamente às necessidades dos usuários, que segundo Junges et al. (2010), fortalece o modelo médico-centrado.

Considerando os aspectos acima discutidos e sua relação com outros estudos, percebe-se que a maioria dos problemas enfrentados na implementação da ESF e a conseqüente mudança do modelo de atenção são comuns a municípios de diferentes portes. Nos municípios de pequeno porte as principais dificuldades enfrentadas estão relacionadas ao estabelecimento de estratégias de fixação profissional e à formação de equipes capacitadas. O que sugere que, cidades de pequeno porte, mesmo oferecendo salários compatíveis aos de municípios maiores não atraem profissionais capacitados que tenham interesse em fixar residência. Por melhores que sejam as condições de trabalho ofertadas nesses municípios, continuam sendo postos de trabalho temporário. Isso implica diretamente em dificuldades na constituição de equipes técnicas capacitadas e formação de quadros para a gestão.

Esta rotatividade compromete o estabelecimento de propostas de Educação Permanente, mas as dificuldades de implementação destas ações não se limitam somente a este fato. Para capacitar os seus profissionais os gestores se deparam com maior dificuldade, uma vez que não dispõem, em seus territórios, de instituições de ensino e pesquisa o que torna o seu custo mais elevado. Desta forma, as capacitações quando disponibilizadas limitam-se a eventos esporádicos, ofertados pelo Estado, que nem sempre atende as necessidades locais e conseqüentemente descaracterizam a proposta de Educação Permanente.

A integralidade no sentido do acesso à MAC é um problema enfrentado pelos demais municípios, independente do porte populacional, mas as pequenas cidades apresentam algumas particularidades como a falta de autonomia para resolvê-lo. Além do maior custo com deslocamento dos usuários, eles são reféns do grau de organização dos municípios dos quais compram os serviços de média e alta

complexidade. Vale ressaltar que os municípios objeto deste estudo possuem 100% de cobertura da ESF e cumprem as metas pactuadas com a esfera estadual.

Outra importante limitação identificada nos municípios estudados é a baixa capacidade em estabelecer parcerias que venham a intervir no enfrentamento dos determinantes sociais. Nestes, os movimentos sociais não encontram-se bem articulados, o que reduz a capacidade de formulação de propostas de promoção à saúde. O grau de organização da sociedade civil pode ser relacionado ao elevado número de idosos, associado ao baixo nível de escolaridade dos residentes. A carência de entidade civil organizada reduz a possibilidade de estabelecer parcerias e ações fora da esfera governamental, como também aumenta a concentração de poder do gestor.

5.2 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESF E SUA RELAÇÃO COM OS ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS E ORGANIZACIONAIS

Os municípios estudados apresentam semelhantes características sócio-demográficas, o que possibilita compará-los, e assim estabelecer relações entre os diferentes aspectos e dimensões analisados.

As diferenças observadas entre os dois casos corresponderam à renda *per capita* e acesso à rede de esgoto. Vale ressaltar que a maior renda *per-capita* dos moradores do município 02 não refletiu em melhor infra-estrutura urbana, uma vez que apresenta maior proporção de domicílios sem rede de esgoto (69,3%).

Quando comparados os sujeitos do estudo, identificou-se diferença no perfil dos profissionais de nível superior, sendo que esta pode estar relacionada ao tipo de vínculo empregatício. O estabelecimento de uma melhor política de pessoal no município 01 contribuiu para que este apresentasse uma situação mais favorável no aspecto político-institucional.

Ainda neste aspecto, embora o município 02 tenha se destacado quanto ao melhor apoio político do poder legislativo e o maior gasto *per capita* com saúde, não conseguiu apresentar a melhor condição para a mudança do modelo. Pois o município 01, que possui a maior população, conseguiu uma maior alocação de recursos na atenção básica e melhor situação em termos de qualificação da equipe

e desprecarização do trabalho. Além disso, a formulação da política de saúde no município 01, envolve mais sujeitos de outros setores e apresenta maior potencialidade para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde.

No aspecto organizacional, os municípios possuem mesmo tempo de implantação da ESF, 100% de cobertura e número de famílias cadastradas por ESF conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A composição das equipes segue os mesmos padrões, inclusive no que tange à flexibilização da carga-horária de médicos e dentistas.

A rotina de planejar e monitorar as ações de saúde está mais consolidada no município 01. Em contrapartida o município 02, por não possuir um gestor na presidência do CMS, torna-se, aparentemente, mais autônomo. Ainda assim, verificou-se que entre os conselhos, não há evidências de atuações diferentes.

Quanto à estrutura da AB, o município 01 tem mais tempo de implantação do PACS e o município 02 apresenta os melhores indicadores de avaliação. Todavia destaca-se inconsistência dos sistemas de informação nos dois municípios e não verificou-se iniciativas de correção, o que pode comprometer o planejamento, pactuações e monitoramento de metas e serviços.

Com relação aos demais níveis de atenção, o município 01 é capaz de garantir alguns serviços especializados e apresenta maior autonomia. Todavia, tal fato não repercute em diferenças no acesso aos serviços, uma vez que em ambos identificou-se estratégias para solucionar a maior parte dos problemas de acesso a MAC. Vale ressaltar que estas estratégias têm onerado consideravelmente a gestão municipal, principalmente a do município 02.

Percebe-se que as diferenças organizacionais entre os municípios ocorreram mais em virtude do porte populacional. O município 01 possui maior número de habitantes, o que lhe permite disponibilizar serviços especializados, enquanto o município 02 apresenta maior proporção entre o número de habitantes e profissionais de saúde, o que resulta em maior oferta de serviços de AB e melhores indicadores de serviço.

Os aspectos político-institucionais também contribuem para este cenário. Uma equipe com maior vínculo e melhor capacitação garante uma situação mais favorável para a execução do planejamento e avaliação dos serviços.

Diante do exposto, mesmo os municípios possuindo boa organização da AB, de uma forma geral, a organização do sistema local de saúde mostrou-se mais fortalecido no município 01, que conta com um maior número de habitantes e condições político-institucionais mais favoráveis.

Ao avaliar as práticas dos sujeitos nos municípios a partir da imagem-objetivo, identificou-se melhor desempenho do município 01. Na dimensão “**trabalho em equipe**” ambos obtiveram a mesma pontuação, e na sub-dimensão “**estabelecimento de vínculo equipe-população**”, os valores obtidos foram bem próximos. As maiores diferenças identificadas entre eles foram na “**territorialização**” e na “**organização das ações de saúde**”.

Quanto à territorialização, seu uso foi o meramente burocrático, uma vez que seu objetivo foi o de apenas definir área e micro-áreas nas USF. Nos discursos dos sujeitos ela não surge como ferramenta essencial para o melhor conhecer a área de atuação da equipe e como forma de atuar nos fatores de risco para a saúde. Os municípios avaliados mantêm boa definição da população-alvo e cadastro de famílias atualizado mensalmente como recomenda o Ministério da Saúde.

O mapeamento só foi referido no município 01 e ainda assim, utilizando apenas critérios geográficos e naturais. Vale ressaltar que o mesmo não está atualizado e sendo utilizado nas reuniões de equipe.

Na organização das ações de saúde, os municípios não obtiveram bom desempenho, principalmente o município 02 que foi considerado não implantado. A análise de situação de saúde foi realizada somente pelo município 01, não estando atualizada e seu uso muito distante do preconizado. Percebeu-se ainda que os profissionais demonstram possuir baixo conhecimento de Epidemiologia, não trabalham de forma sistematizada, utilizam dados dos sistemas de informação de maneira muito limitada e a participação popular ainda é restrita.

Mesmo o município 01 realizando análise da situação de saúde, não foi empregada a análise dos riscos e determinantes que possibilitem a definição de ações de promoção à saúde e prevenção primária. Nesse município o enfoque de risco é trabalhado apenas seguindo os grupos pré-definidos pelas ações programáticas das demais esferas de governo. No município 02, o diagnóstico situacional limita-se apenas aos problemas da demanda e outros problemas aleatórios trazidos pelos ACS para os momentos de consolidação da produtividade.

Limitação em articular ações individuais e coletivas foi evidenciada nos dois casos. Mesmo sendo demonstrado que a ESF nos municípios desenvolvem ações voltadas à coletividade, elas não se articulam no sentido de modificar a situação de saúde local. No município 02, acontecem de forma aleatória ou para suprir necessidades momentâneas. Nos dois municípios a programação das atividades junto à comunidade tem como um de seus principais critérios norteadores o calendário de datas comemorativas.

Mesmo com tais limitações, evidenciou-se melhor planejamento das ações coletivas no município 01, sendo estas mais articuladas no atendimento individual dos grupos das ações programáticas. Por exemplo, atividades como caminhadas com hipertensos e diabéticos, também servem para identificar demandas de atendimento individual. Um outro exemplo, foi a organização do atendimento de saúde bucal a partir das demandas que surgem nas ações coletivas nas escolas.

Chama a atenção nos municípios o fato de apesar de existir prontuários de família, nos atendimentos é utilizado apenas a ficha individual de cada usuário, e no caso da odontologia, algumas unidades têm prontuários separados dos demais.

Parcerias com as outras instituições, mesmo frágeis, existem nos dois municípios, no entanto, apenas para ações específicas. Dessas ações se destacam as de saúde bucal, que obedecem ao padrão de atividades definidas nacionalmente e ainda muito direcionadas aos escolares, trazendo resquícios do modelo hegemônico. As ações no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) estão mais direcionadas aos idosos, não sendo identificado o estabelecimento de parcerias para ações planejadas a partir de riscos e necessidades locais.

Verificou-se que nos municípios, as sub-dimensões territorialização e organização das ações de saúde apresentaram desempenho diferente. Evidenciou-se em ambas, uma maior dependência do projeto de governo municipal e da capacidade deste governo para sua efetivação. As ações que se mostraram ainda não satisfatórias ou inexistentes, apesar de serem realizadas pelos profissionais das USF, requerem uma estrutura logística, gerencial e de capacitação desses sujeitos por parte do nível central. Ou seja, dependem da experiência dos sujeitos no cuidado direto à população, mas também dependem do uso de ferramentas de gestão (MEDINA; HARTZ, 2009)

Vale destacar que é possível sugerir que o melhor desempenho do município 01 nas sub-dimensões “**territorialização**” e “**organização das ações de saúde**” estão relacionados às condições mais favoráveis nos aspectos político-institucionais e organizacionais.

O fato dos ACS estarem inseridos há mais tempo nas equipes, os possibilita conhecer melhor a população e o território. O menor vínculo dos profissionais de nível superior pode estar relacionado à alta rotatividade destes, não sendo o único fator evidenciado. Os profissionais de nível médio possuem maior permanência na equipe e mesmo assim não demonstram melhor conhecimento quando comparados aos de nível superior.

Portanto, a postura dos profissionais também tem influenciado esse desempenho. Quando se analisa a compreensão do contexto familiar e comunitário, percebe-se que existem ações que oportunizam isso. Por exemplo, as visitas domiciliares não são utilizadas para conhecer a dinâmica familiar, restringindo-se a cuidados individuais puramente assistenciais. As atividades na comunidade têm como maior função informar como os indivíduos têm que agir, não estabelecendo relações dialógicas que visem o conhecimento de sua cultura, seus hábitos e suas potencialidades.

A responsabilidade dos profissionais restringe-se à população adstrita, sem incorporar o seu território, com ações direcionadas à oferta de serviços (consultas, procedimentos). Não existem ações que possibilitem um maior engajamento social dos profissionais e a participação da população se restringe a convites para participar de reuniões pontuais, quando há necessidade de elaborar planos municipais ou no período da realização das Conferências Municipais de Saúde. Não há evidência de Conselhos Locais de Saúde.

A dimensão “**trabalho em equipe**” foi a melhor avaliada nos dois municípios e ambos obtiveram a mesma pontuação, apesar das relações estarem mais comprometidas no município 02. Mas como já foi abordado por Medina e Hartz (2009), o instrumento utilizado para a avaliação não é capaz de captar os diversos graus de envolvimento dos sujeitos e as diversas relações de poder.

Mesmo havendo avanços no trabalho em equipe, estes refletem muito mais a própria normatização do funcionamento da ESF do que mudança nas práticas dos

sujeitos. Os espaços existentes não são oportunamente vivenciados por toda a equipe. Os profissionais que tem melhor inserção são os enfermeiros e os ACS.

Na organização do processo de trabalho prevalece a divisão de tarefas, o que não corresponde à divisão de responsabilidades. Principalmente no município 02, cada profissional cumpre somente a sua atribuição e com isto sobrecarregam os enfermeiros e ACS, uma vez que compete a estes a identificação de problemas, elaboração de propostas de ações e ao enfermeiro compete ainda as atividades administrativas.

Quando avaliada a dimensão **“trabalho em equipe”** e a sub-dimensão **“estabelecimento de vínculo equipe população”**, evidenciou-se que o desempenho dos municípios não se diferenciou sugerindo ausência de relação com as diferenças nos aspectos políticos-institucionais e organizacional. Isso leva a inferir que os critérios avaliados estão mais relacionados ao perfil dos profissionais e suas relações na construção do processo de trabalho nas USF.

Em que pesem as questões voltadas à política de pessoal como seleção, vínculo empregatício, valorização e educação permanente, talvez o mais decisivo, para essas sub-dimensões, seja a responsabilização, compreensão do seu papel na ESF e motivação.

As relações de poder socialmente construídas ainda são entraves no trabalho em equipe. Nos municípios avaliados ainda persiste uma hierarquia entre profissionais de nível superior e médio e até mesmo entre profissionais de nível superior. Foi possível identificar que por mais que o enfermeiro formalmente seja o gerente da unidade, os dentistas e principalmente os médicos estabelecem rotinas e condutas totalmente independentes da equipe. Não estabelecem uma discussão coletiva e as condutas muitas vezes fogem aos propósitos da ESF.

Na classificação final da análise de implantação, verificou-se um melhor desempenho no município 01 que possui um maior número de habitantes, melhor contexto político-institucional e melhor estrutura organizacional. Este resultado aproxima-se do obtido por Medina e Hartz (2009) que empregaram a mesma imagem-objetivo. Porém, as pontuações obtidas nos municípios por elas estudados foram maiores, mas as próprias autoras ressaltam que as USF analisadas foram aquelas consideradas experiência de sucesso.

Ao comparar os dois trabalhos, constatou-se que no presente estudo, as principais diferenças foram o baixo conhecimento dos profissionais de saúde acerca do perfil epidemiológico, nenhum dos municípios aqui estudado apresentou mudanças que apontassem para o modelo com foco nas necessidades e o desempenho dos municípios na territorialização. Entre as semelhanças identificadas estão a distribuição desigual de responsabilidades entre os sujeitos, os ACS como os grandes articuladores entre os serviços e a comunidade, a sobrecarga administrativa dos enfermeiros, a diferença de desempenho na organização das ações de saúde e as semelhanças no desempenho relacionado ao vínculo equipe-população, trabalho em equipe e as especificidades do trabalho nas equipes de zona rural.

6 CONCLUSÃO

Mesmo diante de uma década de implantação da ESF e o nível avançado de cobertura alcançado durante esse período, as mudanças no modelo de atenção ainda são pouco expressivas, uma vez que os dois municípios apresentaram grau incipiente de implantação da estratégia, numa perspectiva de modelo principiante.

Embora disponham de conjuntura política favorável com boa governabilidade e projetos políticos que aparentemente privilegiam o setor saúde, a ESF ainda não se constitui uma prioridade da gestão nesses cenários. Dentre outros fatores, a capacidade de gestão prejudicada devido à baixa qualificação técnica, contribuiu para esta realidade. Diante disso, a Atenção Básica reproduz o modelo organizacional e de práticas proposto para o Estado da Bahia, com poucas singularidades, mesmo esses municípios apresentando características sócio-demográficas divergentes dos padrões estaduais.

Quanto à estrutura, possuem boa capacidade instalada dentro do que se preconiza para a ESF, mantendo equipes completas e suprimento adequado de insumos. Todavia ainda como grande fator limitante, encontra-se a política de pessoal, que enfrenta a alta rotatividade, flexibilização de carga horária de trabalho para o médico e dentista, profissionais com pouca formação específica associado ao pouco tempo de formação e inexistência de educação permanente.

Encontram-se avanços na organização dos serviços da atenção primária, com coordenações definidas, acesso facilitado à AB, incorporação da rotina de planejamento e monitoramento das ações e alimentação dos sistemas de informações. Entretanto, foram encontradas fragilidades nas práticas de planejamento existentes, na utilização das informações produzidas, na formulação dos instrumentos de gestão e nas práticas de avaliação e controle social.

Os problemas de acesso aos serviços de média e alta complexidade têm comprometido a efetividade da ESF, inclusive pelo deslocamento de recursos da atenção básica para suprir demandas dos demais níveis de atenção. Mas também identificou-se problemas de fluxo da atenção primária, onde a média complexidade se apresenta como concorrente e a ESF não consegue se firmar como principal porta de entrada para o SUS.

O processo de trabalho mostrou relação com o nível de fortalecimento de aspectos político-institucionais e organizacionais. Tal diferença se deu no desempenho da abordagem populacional comunitário, mas não foi verificada no trabalho em equipe.

As práticas se apresentaram fortalecidas no que diz respeito à definição de população, estabelecimento de parcerias com outras instituições, conhecimento da população e existência de espaços de discussão no trabalho em equipe.

Foram pontos enfraquecidos: o mapeamento, a análise da situação de saúde para identificação de problemas e risco, a articulação da abordagem individual com o coletivo, a compreensão do contexto familiar e comunitário, a operação do princípio de responsabilidade, a circulação de informações, repartição de responsabilidade e o poder entre os membros da equipe e formulação de projetos terapêuticos comuns tanto individuais como coletivos. Destacou-se a inexistência de participação da população no planejamento local.

Assim, os aspectos mais frágeis do processo de trabalho na ESF foram a organização das ações de saúde e o estabelecimento de vínculo com responsabilização voltados para um modelo de atenção com foco nas necessidades sociais e de saúde.

Os indícios de avanços observados para a mudança no modelo de atenção, como a melhoria do acesso, vínculo equipe-indivíduo, fluxo de atendimento e organização dos serviços em geral, ainda refletem um modelo de atenção focado nas demandas. Tais práticas não conseguem mudar a lógica biomédica e não potencializam os espaços de participação constituídos. Assim, nem profissionais nem usuários se constituem protagonistas na implementação da ESF.

Dado o caráter exploratório dos aspectos político-institucional e organizacional, um dos limites desse estudo é o não aprofundamento de questões como educação permanente, financiamento, organização da rede de atenção, políticas de promoção à saúde e intersectorialidade. Dadas as muitas particularidades dos municípios de pequeno porte, estes são pontos que merecem ser melhor aprofundados através de investigações mais específicas.

Aqui também foi apresentado de forma superficial as concepções dos sujeitos que atuam nesses municípios sobre elementos do processo de trabalho, que

emergiram enquanto estavam sendo investigadas as práticas. Todavia, é uma outra vertente que abre possibilidades para outros estudos.

Esse estudo vem reafirmar a multiplicidade de cenários que envolvem a mudança do modelo de atenção e conseqüente fortalecimento do SUS no sentido de garantia de seus princípios. A perspectiva é que as diversas realidades sejam exploradas e que a produção científica esteja cada vez mais conjugada com a formulação das políticas para o estabelecimento de estratégias que venham fortalecer a APS.

Diante da potencialidade apresentada neste estudo no campo da intersetorialidade, no âmbito dos municípios de pequeno porte, é pertinente que os estudos contribuam para o fortalecimento da capacidade formuladora local e a ESF se afaste do caráter prescritivo para se consolidar como estratégia para mudança no âmbito local, principalmente voltada para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; MEDRONHO, Roberto de Andrade. Formação Histórica da Epidemiologia. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1727-1742, Ago. 2008.

AYRES, José Ricardo de C M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

BESEN, Candice Boppré et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, jan/abr. 2007.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier. Modelos Avaliativos e Reforma Sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.44, n.3, p.566-570, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Senado Federal**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 26 set. 2010.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Casa Civil**. Publicado no D.O.U. em: 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 26 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Normas e Diretrizes do PACS e do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde GM/MS nº 1886, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde.** Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 14 dez. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo de 2010.** Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/indicadores_sociais_municipais/default.shtm> Acesso em: 27 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Brasília. Disponível em: www.datasus.org.br. Acesso em: 27 out. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 58-68. 2008.

CAMPOS, Luciano; WENDHAUSEN, Agueda. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.16, n.2, p.271-279, abr/jun. 2007.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711. 2006.

COPQUE, Helen Lúcia Freitas; TRAD, Leny Alves Bomfim. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v.14, n.4, p. 223-233. 2005.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./mar. 1997.

DONABERDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem Fund**. v.4, n.2, p.166-206. 1966.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641. 2006.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v.21, n.2/3, p.164-76. 2007.

FACCHINI, Luiz Augusto. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681. 2006.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.59-75. 2002.

FIGUEIREDO, Paula Pereira et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.235-259. 2010.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FRANCOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.38, n.2, p.143-151. 2004.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n.4, p. 645-653, out/dez. 2006.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA Lúgia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GIOVANELLA, Lúgia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794. 2009.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo; CONTADRIOPOULOS, André Pierre. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A. **Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde – teoria e prática**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 809-819, Abr. 2008.

JUNGES, José Roque et al. Processos de Trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n.4, p.937-944. 2009.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n.3, p. 434-441, jul/set. 2006.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p.1533-1541. 2010.

LACERDA, William Almeida; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v.10, n.2, p.197-205, jul/dez. 2007.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, Supl. 3, p.3455-3466. 2010.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.44, n.4, p.956-961. 2010.

MATUS, Carlos. **Política, Planificação e Governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz / Salvador: Edufba, 2005.

MEDINA, Maria Guadalupe; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1153-1167, Mai. 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO, Elza Machado et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.24, sup. 1, p.29-41. 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.35-45, jan. 2011.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,** Alma Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 26 set. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

_____. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.62, n.2, p.265-271, mar./abr. 2009.

PEREIRA, Rosana Aquino. **Programa Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação em municípios brasileiros**. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.2, p.233-240, abr./jun. 2009.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, Sup. 1, p.69-78. 2008.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes Van. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista APS**. Juiz de Fora, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2010.

SAMICO, Isabella; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família Lima. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, Supl. 3, p.3579-3586. 2010.

SHIMIZUL, Helena Eri; ROSALES, Carlos. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.62, n.3, p.424-429, mai./jun. 2009.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, set./fev. 2005.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SOUSA, Maria Fátima; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e saúde coletiva**. v.14, supl. I, p.1325 - 1335. 2009.

SOUSA, Maria Fátima; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? **Physis Revista de Saúde Coletiva** 2009. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 711-729. 2009.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, Sup. 1, p.100-110. 2008.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes (org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador. EDUFBA, 2006a.

_____. Saúde da Família, promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006b.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 429-435, abr. 1998.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.13, supl.1, p.557-570. 2009.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.443-453. 2007.

VERAS, C. L. S.; VIANNA, R. P. T. Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica – 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.18, n.2, p.133-140, abr./jun. 2009.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264. 2005.

VIANA, Ana Luiza D'ávila et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.577-606. 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A: MATRIZ DE AVALIAÇÃO

DIMENSÃO			
Sub-dimensão:			
Critério	Imagem-objetivo	Evidências	Pontuação
<p><u>Realização de mapeamento da área</u></p> <p>Pontuação máxima: 4</p>	<p>0 – não existe.</p> <p>2 – incompleto ou desatualizado.</p> <p>4 – existe e está atualizado.</p>	<p>ENF060802 – Ta precisando atualizar porque nós estamos precisando de ACS e assim, a gente tem direito a mais uma micro-área, então a gente fez um remapeamento, nós as enfermeiras, até orientado pela Dires o ano passado, só que, mesmo assim a gente, eu acredito que a gente vai ter que fazer novamente com essa nova micro-área.</p> <p>ENF060803 - Um mapa não ... Não, não. Na secretaria tem, mas aqui a gente não tem. Assim tem (quanto à necessidade da utilização do mapa), já tinha essa divisão e assim, eu me sinto muito sobre carregada no trabalho sabe, eu sei que são coisas, que são prioridades, que são coisas interessantes, a gente sabe que existe, mas assim, no dia-a-dia a gente acaba não fazendo mesmo. Acaba que vai atropelando muita coisa, muita coisa e não faz.</p> <p>MED060901 – Eu creio que sim, agora os detalhes aí é a enfermeira que sabe.</p> <p>MED060902 – Tá, tem mais ou menos uns 2 anos que ela foi refeita né.</p> <p>MED060903 – Não. (falando do mapeamento) ... Porque houve desmembramento de Equipe. ... Não foi feita ainda atualização ... Porque tava esperando, tudo indica, a inauguração da nova Unidade de saúde.</p> <p>ODO061002 – Olhe, eu acho que não porque nós fizemos, nós temos um trabalho aqui não é, da área logo no começo do PSF, um trabalho de área, teve, houve uma atualização, mas tem muito tempo, tem mais de dois anos (se referindo ao mapeamento) Acessível?...Ter, tem, mas eu não sei aonde ta, se me perguntar, eu não sei.</p> <p>ENF060801 – Então, nós não fizemos um remapeamento, ainda não porque minha área tem crescido e nós estamos em déficit necessitando de dois ACS que vai ser feita agora a iniciação, estamos esperando ...</p> <p>Diário de campo (unidade 1) - Não foi visto em nenhum lugar da unidade o mapa da área... a informação dos ACS é de que foi feito há aproximadamente 4 anos.</p> <p>Diário de campo (unidade 2) - Quanto ao mapa da área não foi visto em nenhum lugar da unidade e ao perguntar sobre isso aos funcionários que estavam na unidade (todos com menos de dois anos de tempo de trabalho), eles não sabem informar, nunca fizeram e nem viram nenhum na unidade.</p>	2

ANEXOS

ANEXO I: MATRIZ DE IMAGEM-OBJETIVO

Dimensões, critérios e pontuação utilizados na avaliação da implantação da atenção primária em município a partir de Medina (2009)

DIMENSÃO: “ABORDAGEM POPULACIONAL COMUNITÁRIA”	
Sub-dimensão: Territorialização	
Crítérios	Pontuação
Definição da população-alvo	0 – não existe. 2 – existe, mas não respeita os critérios do PSF de adjacência e tamanho da população. 4 – existe e respeita os critérios do PSF de adjacência e tamanho da população.
Cadastramento das famílias	0 – não existe. 2 – incompleto ou desatualizado. 4 – existe e está atualizado.
Realização de mapeamento da área	0 – não existe. 2 – incompleto ou desatualizado. 4 – existe e está atualizado.
Lógica do mapeamento	0 – não existe mapeamento. 2 – existe, mas é desordenado (áreas não contíguas, grandes distorções). 4 – existe, é ordenado, mas não considera micro-áreas e risco. 8 - existe, é ordenado, e considera micro-áreas de risco.
Sub-dimensão: Organização das ações de saúde	
Crítérios	Pontuação
Realização e atualização da análise da situação de saúde	0 – nunca foi realizada. 2 – foi realizada há mais de um ano e não foi atualizada. 4 – a equipe analisa sistematicamente a situação de saúde de sua área.
Lógica da análise da situação de saúde	0 – nunca foi realizada. 1 – contou apenas com a participação restrita de alguns profissionais. 2 – contou com a participação da maioria dos profissionais da equipe. 4 – contou com a participação da maioria dos profissionais da equipe e representantes da população.
Enfoque por problemas	0 – não existe. 2 – a equipe organiza suas ações com base em problemas identificados na análise de situação de saúde de sua área. 4 – a equipe organiza suas ações com base em problemas identificados na análise da situação de saúde de sua área, desenvolvendo iniciativas para buscar soluções quando estas extrapolam seu âmbito de intervenção.
Utilização do enfoque de risco	0 – não. 2 – a equipe identifica grupos de maior vulnerabilidade e propõe intervenções específicas de acordo com orientações programáticas (PSF, programas nacionais). 4 – a equipe identifica grupos de maior vulnerabilidade e propõe intervenções específicas a partir da análise da situação de saúde local.
Articulação da abordagem individual com a coletiva	0 – não. 2 – às vezes, em algumas atividades ou circunstâncias. 4 – sempre ou quase sempre (através da implementação de propostas, ações e utilização de instrumentos - ex: prontuário-família - que articulem individual e coletivo).
Estabelecimento de parcerias com outras instituições	0 – não existe. 2 – existe, mas é frágil ou esporádica. (A equipe é capaz de mapear as instituições existentes na área e realiza atividades ocasionais articulada com algumas instituições - ex: vacinação de escolares).

	<p>4 – existe de forma sistemática para atividades específicas (ex: atividades de saúde bucal com creches e escolas).</p> <p>8 - existe e está articulada ao processo de gestão e planejamento local. (A equipe desenvolve trabalhos articulados com instituições da área com base na discussão conjunta e priorização de problemas - ex: programa de prevenção de fatores de risco para hipertensão ou uso de drogas com associações comunitárias).</p>
Sub-dimensão: Estabelecimento de vínculo equipe-população	
Critérios	Pontuação
Conhecimento da população e território	<p>0 – os profissionais não sabem descrever a população e território.</p> <p>2 - apenas os agentes comunitários de saúde (ACS) sabem descrever a população e território.</p> <p>3 – os ACS e pessoal de enfermagem sabem descrever a população e território.</p> <p>4 – os profissionais de saúde da equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS e odontólogo, quando houver) sabem descrever a população e território.</p>
Compreensão do contexto familiar	<p>0 - não.</p> <p>2 – os profissionais conhecem as condições de vida do usuário, a dinâmica familiar e sua rede de relações sociais (o profissional é capaz de descrever a família do paciente, sua condição de moradia e de trabalho).</p> <p>4 – os profissionais conhecem as condições de vida do usuário, a dinâmica familiar e sua rede de relações sociais e as tomam em consideração na intervenção (o profissional realiza uma análise do problema do paciente à luz do seu contexto de vida familiar e de trabalho; o profissional discute o plano terapêutico à luz das considerações realizadas; o profissional implementa outro tipo de intervenção para abordagem do problema do paciente - ex. articulação de rede social de apoio, etc.).</p>
Compreensão do contexto comunitário	<p>0 - não.</p> <p>2 – os profissionais conhecem o background cultural em relação à comunidade na qual o usuário vive . (o profissional é capaz de descrever a comunidade onde o paciente vive).</p> <p>4 – os profissionais conhecem o background cultural em relação à comunidade na qual o paciente vive e o toma em consideração na intervenção (o profissional/equipe realiza uma análise do problema do paciente à luz da sua inserção comunitária; o profissional/equipe discute o plano terapêutico à luz das considerações realizadas; o profissional/equipe implementa outro tipo de intervenção para abordagem do problema do paciente - ex. ações na comunidade).</p>
Operacionalização do princípio de responsabilidade	<p>0 – não existe.</p> <p>2 – A equipe se sente responsável pelos usuários dos serviços e desenvolve mecanismos para acompanhamento dos usuários no domicílio.</p> <p>4 - A equipe se sente responsável pelos usuários dos serviços e desenvolve mecanismos para acompanhamento dos usuários no domicílio e fora dele.</p> <p>8 – Itens acima + a equipe se sente responsável pela comunidade e busca formas concretas de engajamento comunitário.</p>
Participação da população no planejamento e gerenciamento local da unidade de saúde	<p>0 – não.</p> <p>2 – limitada; representantes ou população são convocados esporadicamente para atividades específicas.</p> <p>4 – a população é convocada freqüentemente, mas não há representação formal junto à unidade, ou ela existe, mas não funciona.</p> <p>8 – existência de Conselho Local atuante.</p>

Dimensão: “Trabalho em equipe”	
Critérios	Pontuação
Circulação da informação satisfatória para profissionais da equipe mínima	0 – não. 2 – parcialmente (há circulação da informação, mas evidenciam-se problemas). 4 – sim.
Existência de espaços de discussão de casos e atividades	0 – não. 2 – esporadicamente. 4 – regularmente.
Existência de espaços compartilhados de decisão	0 – não. 2 – sim, com inclusão de alguns profissionais da equipe mínima. 4 – sim, com inclusão de todos os profissionais da equipe mínima.
Repartição satisfatória das responsabilidades entre os profissionais da equipe	0 – não. 2 – parcialmente (para alguns profissionais). 4 – sim.
Equilíbrio nas relações de poder entre os atores	0 – concentração de poder nas mãos do médico. 4 – repartição de poder com desequilíbrio em favor do médico. 8 – poder compartilhado pela equipe.

ANEXO II: ROTEIRO ENTREVISTA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº _____

Data ____/____/____

I – PERFIL (formulário)

01 – Município ()

02 – Idade ()

03 – Gênero Masculino (1) Feminino (2)

04 – Reside no município? Sim () Não ().

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

06 – Escolaridade: fund. Inc.(1) fund. completo(2) médio incompl.(3) médio completo(4) sup. incompl (5) sup. completo(6) pós-graduado(7)

07 - Formação graduação _____

08 - Formação pós-graduação _____

09 - Tempo de ocupação do cargo: _____

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim () Não ()

11 - Em caso afirmativo, qual?

12 - Tem vínculo empregatício com este município? Sim () Não ()

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado (1) concursado(2)

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? _____

15- Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim () Não ()

16 - Qual: _____

17 - Onde: _____

18 - Tempo de duração: _____

19 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim () Não ()

20 - Onde: _____

21 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de educação permanente? Sim () Não ()

22 - Em caso afirmativo, em qual área:

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

23 - Qual o seu entendimento sobre SUS?

III – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

24 - Quais os principais problemas/necessidades de saúde enfrentados por este município?

25 - Quais os principais problemas/necessidades enfrentados pelos serviços de saúde?

26 - Quais as áreas prioritárias em sua gestão?

27 - Por quê?

28 - Como se dá o planejamento das ações de saúde em sua gestão?

29 - Quem é responsável pela condução do planejamento? _____

30 - Qual a formação desse responsável? _____

31 - Como é construído o Plano municipal de saúde? (processo, sujeitos envolvidos, etapas)

32 - Você participa da elaboração do plano municipal? Sim () Não () Às vezes ()

33 - O CMS participa da elaboração do Plano Municipal? Sim () Não () Às vezes ()

- 34 - Os indicadores de saúde são utilizados para elaboração do plano? Sim () Não () Às vezes () De que forma?
- 35 - A gestão envolve a comunidade no planejamento e acompanhamento das ações em saúde?
Sim () Não () Às vezes ()
- 36 - Em caso afirmativo como acontece esta participação?
- 37 - Na sua gestão são realizadas ações de avaliação das ações em saúde no município? Sim () Não ()
- 38 - Em caso afirmativo, como são realizadas as avaliações?
- 39 - Quem é responsável pela condução das avaliações? _____
- 40 - Qual a formação desse responsável? _____
- 41 - Como é construído o Relatório de gestão no município?
- 42 - Você participa da elaboração do Relatório de gestão no município? Sim () Não () Às vezes ()
- 43 - O Conselho Municipal de Saúde participa da elaboração do Relatório de Gestão?
Sim () Não () Às vezes ()
- 44 - A SMS alimenta algum sistema de informação para dados de média e alta complexidade?
Sim () Não () Qual?
- 45 - A demanda reprimida da Média e alta complexidade é analisada?
Sim () Não () Como ocorre?
- 46 - Os dados desse sistema são analisados? Sim () Não () Às vezes ()
- 47 - Esses dados são utilizados pela gestão para planejamento das ações?
Sim () Não () De que forma?
- 48 - É realizado planejamento das ações de Média e Alta Complexidade no município? Sim () Não () Como ocorre?

IV – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 49 - Qual a sua avaliação a respeito da infra-estrutura disponibilizada pelos serviços públicos de saúde deste município? péssima(1) ruim(2) regular(3) boa(4) ótima(5)
- 50 - Você avalia o acesso e a cobertura dos serviços públicos no município satisfatória? Sim () Não ()
- 51 - Por quê?
- 52 - Quais os serviços próprios, conveniados/contratados e pactuados?

V – GESTÃO DO TRABALHO

- 53 - Quais têm sido as formas de contratação de profissionais no município?
Concurso () Contrato () terceirização ()
- 54 - O município dispõe de Plano de Cargos Carreira e Salário? Sim () Não ()
- 55 - Se não, existe intenção da gestão de implantar? Sim () Não () Fale um pouco sobre isso.
- 56 - Existe política de educação permanente com os profissionais de saúde?
Sim () Não () Como ocorre?
- 57 - Como você avalia a satisfação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços? (estão satisfeitos, não estão satisfeitos, com que base você afirma isso, existe mecanismo de verificação do grau de satisfação)
- 58 - Existe colaboração dos profissionais do município para o planejamento, avaliação e melhoria da qualidade da assistência a saúde no município? De que forma acontece?
- 59 - Existe rotatividade dos profissionais de saúde?
- 60 - Em caso afirmativo, a que você atribui?

VI – PROCESSO DE TRABALHO

- 61 - A SMS estabelece parcerias com outras secretarias do município? Sim () Não ()
- 62 - Com quais secretarias acontece e de que forma?
- 63 - Existe algum projeto conjunto em andamento? Qual?
- 64 - Como é a relação da SMS com a Secretaria de Estado da Bahia?
- 65 - De que forma ela contribui com a gestão municipal?
- 66 - Como se da a relação da SMS com o Ministério da Saúde?
- 67 - De que forma ele contribui com a gestão municipal?
- 68 - O Município contrata alguma empresa de consultoria? Sim () Não ()
- 69 - Em caso afirmativo, quais serviços são prestados por esta empresa?

VII - OUTROS

- 70 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()
- 71 - Quais? _____

ANEXO III: ROTEIRO ENTREVISTA PARA COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

Nº _____

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

- 01 - Município ()
- 02 - Idade ()
- 03 - Gênero: Masculino(1) Feminino(2)
- 04 - Reside no município? Sim () Não ()
- 05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____
- 06 - Escolaridade: fund. Inc.(1) fund. completo(2) médio incompl.(3) médio completo(4) sup. incompl (5) sup. completo(6) pós-graduado(7)
- 07 - Formação graduação _____
- 08 - Formação pós-graduação _____
- 09 - Tempo de ocupação do cargo: _____
- 10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim () Não ()
- 11 - Em caso afirmativo, qual? _____
- 12 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim () Não ()
- 13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? contratado(1) concursado(2)
- 14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? _____
- 15 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim () Não ()
- 16 - Qual: _____
- 17 - Onde: _____
- 18 - Tempo de duração: _____
- 19 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim () Não ()
- 20 - Onde: _____
- 21 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de educação permanente? Sim () Não ()
- 22 - Em caso afirmativo, em qual área: _____

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

- 23 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

III – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

- 24 - O município realiza planejamento das ações da Atenção Básica? Sim () Não ()
- 25 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento? Sim () Não ()
- 26 - Existe o envolvimento dos demais setores da SMS no planejamento da AB? Sim () Não ()
- 27 - Em caso de afirmativo quais seriam estes setores e de que forma acontece?
- 28 - As estratégias de implantação e implementação da ESF são planejadas junto com o CMS?
Sim () Não ()
- 29 - Existe envolvimento da comunidade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde?
Sim () Não ()
- 30 - Como ocorre esta participação?
- 31 - São desenvolvidas ações preventivas e de promoção da saúde? Sim() Não ()
- 32 - Por que elas foram priorizadas?
- 33 - Como elas tem sido desenvolvidas?
- 34 - Você participa da elaboração do Plano Municipal Saúde? Sim() Não ()
- 35 - Como é sua participação na elaboração do Plano Municipal Saúde?
- 36 - Você participa do processo da Programação e Pactuação Integrada (PPI) ? Sim() Não ()
- 37 - São realizadas avaliações das ações da Atenção Básica? Sim() Não ()
- 38 - Como ela acontece? (periodicidade / sujeitos envolvidos / processo como ela ocorre)

- 39 - As solicitações e encaminhamentos para a Média e Alta Complexidade são monitoradas pela Atenção Básica? Sim() Não () De que forma?
- 40 - É feita análise da demanda reprimida dos procedimentos de média e alta complexidade? Sim() Não () Como ocorre?
- 41 - As informações geradas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica e demais Sistemas de Informação são utilizadas para avaliar as ações da Atenção Básica e demandas de outros níveis de atenção? De que forma?
- 42 - A satisfação dos usuários com a Atenção Básica é avaliada pela gestão? Sim() Não () De que forma ela ocorre? Quais os instrumentos que são utilizados nesta avaliação?

IV – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 43 - Nº de Equipes de Saúde da Família _____
- 44 - Número de Unidades de Saúde da Família existentes no município _____
- 45 - Qual a cobertura da ESF? _____
- 46 - Existe PACS? Sim() Não ()
- 47 - Qual cobertura do PACS? _____
- 48 - Existem Unidades Básicas de Saúde tradicionais no município? Sim() Não ()
- 49 - A estrutura física das unidades de saúde atendem às necessidades da equipe e da população? Sim() Não ()
- 50 - Elas atendem as exigências mínimas do Ministério Saúde? Sim() Não ()
- 51 - A SMS conta com apoio técnico para construção/reformas/manutenção de unidades? Sim() Não ()
- 52 - As unidades dispõem dos equipamentos necessários para o atendimento a população? Sim() Não () Em parte ()
- 53 - Existe manutenção periódica para estrutura física e equipamentos? Sim() Não ()
- 54 - Possui equipe de saúde bucal em todas as ESF? Sim() Não ()
- 55 - Qual a cobertura em saúde bucal? _____
- 56 - Existe coordenação de saúde bucal? Sim() Não ()
- 57 - Os medicamentos da farmácia básica estão sendo ofertados? Sim() Não () Em parte()
- 58 - Os materiais de consumo são disponibilizados de forma satisfatória? Sim() Não ()

V -- PROCESSO DE TRABALHO

- 59 - São desenvolvidas ações conjuntas com outros setores/departamentos da SMS? Sim() Não ()
- 60 - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência?
- 61 - São desenvolvidas atividades educativas para a população no que diz respeito ao SUS, ESF e controle social pela equipes de saúde da Família? Sim() Não ()
- 62 - Existe articulação intersetorial em seu município (ações com outras secretarias do município, órgão do Estado e União, ONGs)? Sim() Não ()
- 63 - Qual a periodicidade da alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica?
(1) diária (2) semanal (3) quinzenal (4) Mensal (5) outros _____
- 64 - Por quê?
- 65 - Essas informações têm sido analisadas e dado retorno para as Equipes de Saúde da Família? Sim() Não ()
- 66 - Em caso negativo por quê?
- 67 - Como ocorre a relação da Atenção Básica com a Média e Alta Complexidade no município?
- 68 - São realizados atendimentos às pequenas urgências nas Unidades de Saúde da Família? Sim() Não ()
- 69 - Por quê?
- 70 - A referência e contra-referência são utilizadas? Sim() Não () Como ocorre?
- 71 - Existe instrumento próprio para referência e contra-referência? Sim() Não ()
- 72 - Como você caracteriza a oferta de serviços de seu município?
(1) demanda espontânea (2) oferta organizada (3)demanda reprimida
- 73 - Por quê?
- 76 - Existem problemas de acesso aos serviços da Atenção Básica? Sim() Não () Fale sobre isso.
- 74 - Existem problemas de acesso aos serviços da Média e Alta Complexidade? Sim() Não () Fale sobre isso.

VI - GESTÃO DO TRABALHO

- 75 - Qual é a forma de contratação dos trabalhadores para a Atenção Básica?
(1) Contrato (2) Concurso (3) Terceirização
- 76 - É priorizada a contratação de pessoal com formação específica para atuar na atenção básica?
Sim() Não ()
- 77 - Em caso negativo por quê?
- 78 - Como você avalia a satisfação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços? (estão satisfeitos, não estão satisfeitos, com que base você afirma isso, existe mecanismo de verificação do grau de satisfação)
- 79 - Existe colaboração dos profissionais do município para o planejamento, avaliação e melhoria da qualidade da assistência a saúde no município? De que forma acontece?
- 80 - Existe rotatividade dos profissionais de saúde? Sim() Não ()
- 81 - Em caso afirmativo, a que você atribui?
- 82 - Existe política de educação permanente para os trabalhadores da AB na sua gestão? Sim() Não ()
- 83 - Em caso negativo por quê?
- 84 - Existem mecanismos de avaliação de desempenho dos servidores? Sim() Não ()

VII - OUTROS

- 85 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()
- 86 - Quais? _____

ANEXO IV: ROTEIRO ENTREVISTA PARA O COORDENADOR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE OU EPIDEMIOLÓGICA

Nº _____

Data ____/____/____

I – PERFIL (formulário)

01 - Município ()

02 - Idade ()

03 - Gênero: Masculino(1) Feminino(2)

04 - Reside no município? Sim () Não ()

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

06 - Formação graduação: _____

07 - Formação pós-graduação: _____

08 - Tempo de ocupação do cargo: _____

09 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim () Não ()

10 - Em caso afirmativo, qual? _____

11 - Qual tipo de vínculo com o município:

contratado(1) concursado(2) nomeado(3)

12 - Trabalhava no município antes de exercer a função atual? Sim () Não ()

13 - Em caso afirmativo, qual era a função? _____

14 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim () Não ()

15 - Qual? _____

16 - Onde? _____

17 - Tempo de duração: _____

18 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim () Não ()

19 - Onde? _____

20 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de capacitação?

Sim () Não ()

21 - Em caso afirmativo, em qual área? _____

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

22 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

23 - Como é composta a equipe da Vigilância em saúde no município?

24 - A Vigilância Epidemiológica possui rede de frio? Sim () Não ()

25 - Em caso negativo por quê?

26 - A estrutura física, do departamento de vigilância em saúde é satisfatória?

Sim () Não ()

27 - Por quê?

28 - Os equipamentos e materiais de consumo do departamento de vigilância em saúde são satisfatórios?

Sim () Não ()

29 - Por quê?

30 - Qual a periodicidade de alimentação do Sistema de Informação?

SIM - () diário () semanal () quinzenal () mensal () Outros _____

SINAN - () diário () semanal () quinzenal () mensal () Outros _____

SINASC - () diário () semanal () quinzenal () mensal () Outros _____

API- () diário () semanal () quinzenal () mensal () Outros _____

31 - Por quê?

32 - Você monitora diretamente essa alimentação? Sim () Não ()

33 - Em caso negativo por quê?

34 - Quem é responsável pela alimentação dos Sistemas?

35 - São desenvolvidas ações das vigilâncias:

Epidemiológica () Sanitária () Saúde do Trabalhador () ambiental ()

IV – PROCESSO DE TRABALHO

36 - É realizada análise da situação de saúde em seu município? Sim () Não ()

37 - Em caso afirmativo, quando e como acontece?

38 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento de ações em saúde?

Sim () Não () De que forma?

39 - O município monitora situação alimentar e nutricional? Sim () Não () Como acontece?

40 - É realizada avaliação de risco para doenças infecto-contagiosas? Sim () Não () Como acontece?

41 - É realizada avaliação de risco para doenças crônico-degenerativa, violências e acidentes?

Sim () Não () Como acontece?

42 - A Vigilância Epidemiológica faz recomendações de ações de promoção e prevenção para a Atenção Básica e demais setores da SMS? Sim () Não ()

43 - Em caso afirmativo, como isso é realizado?

44 - As ações recomendadas são realizadas pela SMS?

45 - Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? Sim () Não ()

46 - De que forma?

47 - Os dados dos sistemas de informação têm sido analisados? Sim () Não ()

48 - Com que frequência?

49 - Os dados analisados são enviados de volta para as equipes de saúde? Sim () Não ()

50 - Como isso é realizado?

51 - O município desenvolve capacitação para os trabalhadores no âmbito da Vigilância em Saúde?

Sim () Não () Como acontece?

52 - A Vigilância em Saúde desenvolve ações com outras secretarias municipais, organizações comunitárias ou ONGs? Sim () Não ()

V - OUTROS

55 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()

56 - Quais? _____

ANEXO V: ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE NÍVEL SUPERIOR

Nº _____

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

- 01 - Município ()
- 02 - Idade ()
- 03 - Gênero: Masculino(1) Feminino(2)
- 04 - Reside no município? Sim () Não ()
- 05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____
- 06 - Formação graduação _____
- 07 - Pós-graduado: Sim () Não ()
- 08 - Formação pós-graduação _____
- 09 - Tempo de exercício profissional: _____
- 10 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____
- 11 - Tipo de vínculo: contratado(1) concursado(2) cedido(3)
- 12 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim () Não ()
- 13 - Qual? _____
- 14 - Onde? _____
- 15 - Por iniciativa sua () ou do gestor municipal ()
- 16 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Sim () Não ()
- 17 - Em caso afirmativo, qual a área?

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

- 18 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 19 - Você dispõe de todos os equipamentos necessários às suas atividades? Sim () Não ()
- 20 - Em caso negativo, o que falta?
- 21 - Os materiais de consumo são disponibilizados em quantidade e qualidades satisfatórias?
Sim () Não ()
- 22 - Em caso negativo, o que falta?
- 23 - Como são organizados os prontuários da família?
- 24 - Quanto à estrutura física do seu local de trabalho você considera adequado? Sim () Não ()
- 25 - Se não, quais as deficiências encontradas?

IV – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

- 26 - Vocês buscam identificar as necessidades de saúde da população da área da ESF? Sim () Não ()
- 27 - Em caso afirmativo, como isto é realizado?
- 28 - Sua equipe realiza Planejamento em Saúde voltado a realidade local? Sim () Não ()
- 29 - Em caso afirmativo, com que frequência?
- 30 - Você participa desse planejamento junto com sua equipe? Sim () Não () às vezes ()
- 31 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento? Sim () Não ()
- 32 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim () Não ()
- 33 - Em caso afirmativo, de que forma?
- 34 - Existem no município momentos de avaliação das ações da atenção básica? Sim () Não ()
- 35 - Você participa desses momentos? Sim () Não ()
- 36 - Em caso negativo, por quê?
- 37 - Em caso positivo, como acontece?
- 38 - A equipe monitora as solicitações e encaminhamentos feitos para os serviços especializados?
Sim () Não ()
- 39 - Você recebe o retorno dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica? (SIM, SINASC, SINAN, SIAB, HIPERDIA) Sim () Não ()
- 40 - Como é organizada a oferta de serviços da Unidade?
- 41 - Essa oferta dos serviços dá conta de atender a demanda? Sim () Não ()
- 42 - Você considera resolutive as ações da atenção básica? Sim () Não ()
- 43 - Por quê?

44 - A gestão envolve a comunidade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde?

Sim () Não ()

45 - Em caso afirmativo de que forma?

V – PROCESSO DE TRABALHO

46 - Com que frequência você participa de reuniões de equipe?

47 - Quais ações preventivas são realizadas?

48 - De que forma elas são escolhidas e realizadas?

49 - Ao chegar na unidade para qualquer atendimento, o usuário procura quem?

50 - O usuário que não está agendado é recebido na unidade por quem? Qual a conduta neste caso?

51 - Qual a forma utilizada para priorizar o atendimento diário?

52 - São garantidos atendimento às pequenas urgências? Sim () Não ()

53 - Quantos usuários em média você atende diariamente?

54 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?

55 - Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim () Não ()

56 - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplos.

57 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Sim () Não ()

58 - Quais os membros da equipe que realiza?

59 - Onde são desenvolvidas as ações educativas?

60 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Sim () Não ()

61 - O funcionamento da USF é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência?

Sim () Não ()

62 - Você realiza visita domiciliar? Sim () Não ()

63 - Com que frequência?

64 - As visitas domiciliares são planejadas? Sim () Não ()

65 - Como são escolhidas as famílias a serem visitadas?

66 - A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim () Não ()

67 - Em caso negativo, por quê?

68 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade?

69 - São encontradas dificuldades nesse processo? Sim () Não ()

70 - A referência e contra-referência é utilizada? Sim () Não ()

71 - Como se dá o agendamento para esses serviços?

72 - A Média e Alta Complexidade tem sido resolutive? Sim () Não ()

73 - Por que?

74 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal? Sim () Não ()

VI – OUTROS

75 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()

76 - Quais? _____

ANEXO VI: ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

Nº _____

Data ___/___/___

ACS () Aux. Enf () Téc. de Enfermagem () Técnico de Higiene Bucal ()
Auxiliar de Saúde Bucal ()

I – PERFIL (formulário)

01 - Município ()

02 - Idade ()

03 - Gênero: Masculino(1) Feminino(2)

04 - Reside no município? Sim () Não ()

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____

06 - Escolaridade: fundam(1) médio incompl.(2) médio completo(3) sup. incompl (4)
sup. completo(5) pós-graduado(6)

07 - Tempo de exercício profissional: _____

08 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____

09 - Tipo de vínculo: contratado(1) concursado(2) cedido(3)

10 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim () Não ()

11 - Qual? _____

12 - Onde? _____

13 - Por iniciativa sua () ou do gestor municipal ()

14 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Sim () Não ()

15 - Em caso afirmativo, qual a área?

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

16 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

17 - Você dispõe de todos os equipamentos necessários às suas atividades? Sim () Não ()

18 - Em caso negativo, o que falta?

19 - Os materiais de consumo são disponibilizados em quantidade e qualidades satisfatórias?
Sim () Não ()

20 - Em caso negativo, o que falta?

21 - Como são organizados os prontuários da família?

22 - Quanto a estrutura física do seu local de trabalho você considera adequado? Sim () Não ()

23 - Se não, quais as deficiências encontradas?

IV – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

24 - A sua equipe planeja as ações de saúde com base nas necessidades para a população assistida?
Sim () Não ()

25 - Como é feito esse planejamento?

26 - Você participa desse planejamento junto com sua equipe? Sim () Não () às vezes ()

27 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim () Não ()

28 - Em caso afirmativo, de que forma?

29 - Existem no município momentos de avaliação das ações da atenção básica? Sim () Não ()

30 - Você participa desses momentos? Sim () Não ()

31 - Em caso positivo, como acontece?

32 - Em caso negativo, por quê?

33 - Você acha que a unidade de saúde da família resolve os problemas de saúde da comunidade?
Sim () Não ()

34 - Por quê?

V – PROCESSO DE TRABALHO

- 35 - Quais são suas atividades na unidade e como elas são distribuídas diariamente?
36 - Você participa das reuniões de equipe? Sim () Não ()
37 - Com que frequência?
38 - Quais as atividades de prevenção são desenvolvidas pela sua equipe?
39 - Como elas são realizadas?
40 - Como o usuário tem acesso às ações e serviços oferecidos pela ESF?
41 - Você considera essa oferta satisfatória?
42 - Quantos pacientes você atende diariamente?
43 - Por quê?
44 - Ao chegar na unidade para qualquer atendimento, o usuário procura quem?
45 - O usuário que não está agendado é recebido na unidade por quem? Neste caso qual é a conduta?
46 - Qual a forma utilizada para priorizar o atendimento diário? Sim () Não ()
47 - São garantidos atendimento às pequenas urgências? Sim () Não ()
48 - Vocês fazem parcerias com outros setores /órgãos que não o da saúde? Sim () Não ()
49 - A equipe desenvolve ações de esclarecimento à população sobre o objetivo da Estratégia de Saúde da Família? Sim () Não ()
50 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Sim () Não ()
51 - Quais os membros da equipe que realiza?
52 - Onde são desenvolvidas as ações educativas?
53 - O funcionamento da USF é discutido e decidido junto com vocês?
54 - O funcionamento da USF é discutido e decidido junto com a população?
55 - Você realiza visitas domiciliares?
56 - Como estas visitas são planejadas?
57 - A oferta dos serviços de média e alta complexidade é suficiente? Sim () Não ()
58 - Por quê?
59 - Existe política de capacitação / treinamento para vocês? Sim () Não ()

VI – OUTROS

- 60 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()
61 - Quais?
-

ANEXO VII: ROTEIRO ENTREVISTA PARA RESPONSÁVEIS PELOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Nº _____

Data ___/___/___

I – PERFIL (formulário)

01 - Município ()

02 - Idade ()

03 - Gênero: Masculino(1) Feminino(2)

04 - Reside no município? Sim() Não ()

05 - Em caso positivo, há quanto tempo? _____

06 - Escolaridade: fund. Inc.(1) fund. completo(2) médio incompl.(3) médio completo(4) sup. incompl (5) sup. completo(6) pós-graduado(7)

07 - Profissão: _____

08 - Há quanto tempo você trabalha nesta função neste município? _____

09 - Qual o tipo de vínculo com a Secretaria de Saúde?

contratado (1) concursado (2) prestador de serviço (3)

10 - Antes de começar a trabalhar nesta função você passou por treinamento? Sim () Não ()

11 - Em caso afirmativo qual o treinamento recebeu? _____

12 - Qual foi a duração? _____

13 - São programados cursos / capacitações para vocês que atuam nesta função? Sim () Não ()

14 - Quem oferece estes cursos? Prefeitura () DIRES () SESAB () Governo Federal ()

15- De quanto em quanto tempo ocorrem os cursos / capacitações para a função que exerce? _____

16- Há quanto tempo houve a última capacitação / curso para os profissionais deste setor? _____

17 - Atualmente, você acha que esta precisando participar de alguma capacitação / curso?

Sim() Não ()

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

18 - Qual o seu entendimento sobre SUS?

III – DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

19 - Como é que ocorre o fluxo de coleta e armazenamento dos dados para a alimentação dos diferentes sistemas de informação em saúde? _____

20 - Os dados epidemiológicos gerados a partir dos sistemas de informação em saúde são utilizados?

Sim() Não ()

21 - Como eles são utilizados?

22 - Onde eles são utilizados?

23 - Quem é que os utiliza?

ANEXO VIII: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NAS UNIDADES

Município _____

Unidade _____

Nº de Equipe por unidade _____

População coberta _____

➤ **Estrutura física**

01	Imóvel próprio	SIM	NÃO
02	Aspecto Geral conservado (piso, paredes e teto)?	SIM	NÃO
03	Localizado de forma centralizada de modo a facilitar o acesso?	SIM	NÃO
04	O imóvel possui identificação como USF ?	SIM	NÃO
05	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	SIM	NÃO
06	Dispõe de banheiros para ambos os sexos?	SIM	NÃO
07	Oferece água potável para usuários?	SIM	NÃO
08	O ambiente da unidade é arejado (fluxo de ar)?	SIM	NÃO
09	A unidade é iluminada?	SIM	NÃO
10	As instalações elétricas e hidráulicas estão em bom funcionamento?	SIM	NÃO
11	Portas e janelas estão em bom estado?	SIM	NÃO
12	Existe sala para reuniões e realização de educação em saúde?	SIM	NÃO
13	Possui um consultório para cada profissional de nível superior?	SIM	NÃO
14	Os consultórios permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos?	SIM	NÃO
15	Possui extintor em condições de funcionamento?	SIM	NÃO
16	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes?	SIM	NÃO
17	Possui pia em todas as salas de Atendimento/Procedimento?	SIM	NÃO
18	Existe espaço adequado para agendamentos e organização de prontuários?	SIM	NÃO
19	Sala de vacina?	SIM	NÃO
20	Possui rede de internet	SIM	NÃO
21	Veículo para atividade externa (este ítem se refere a toda a rede)	SIM	NÃO

➤ **Composição das equipes de acordo com a portaria 648**

Profissional	quantidade
Enfermeiro	
Médico	
Odontólogo	
ACD ou THD	
Auxiliar/técnico em Enfermagem	
Outros	

➤ **Materiais e equipamentos**

PERMANENTE		
item	Preconizado por equipe	existente
Mesa clínica-ginecológica	02	
Estetoscópio	03	
Tensiómetro	03	
Termômetro	03	
Negatoscópio	01	
Lanterna	01	
Régua para medir crianças	02	
Fita métrica (3 por equipe)	02	
Estetoscópio de Pinard (ou sonar)	01 sonar ou 02 pinard	
Nebulizador	01	
Foco	02	
Otoscópio	01	
Balança infantil	02	
Balança adulto	02	

Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas?	02		
Equipamento Básico para ACS: colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta.	Nº correspondente ao de ACS		
Computador	01		
Impressora	01		
Instrumentais para curativos e pequenas cirurgias (pinça pean, pinça anatômica, pinça dente de rato, tesoura, porta-agulha e porta-bisturi)	02		
Telefone	01		
Equipamentos audiovisual	01		
Glicosímetro	01		
Geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos	01		
CONSUMO			
item	SIM	NÃO	insatisfatório
EPI's (luva, máscara, entre outros)			
Espéculos ginecológicos de diversos tamanhos			
Material para realização de curativos (gaze, atadura)			
Material de pequena cirurgia (anestésico local, bisturi, fio de sutura)			
Material para administração de medicamentos IM e EV (agulhas, seringa, algodão, scalp, equipo e álcool)			
Vacinas do calendário básico			
Medicamentos da farmácia básica			
Material educativo			
Impressos (receituários, solicitação de exames)			
MATERIAL ODONTOLÓGICO			
Item	Preconizado por equipe	existente	
Compressor	01		
Cadeira odontológica	01		
Refletor	01		
item	Preconizado por equipe	existente	
Unidade auxiliar com bacia cuspidora e/ou terminal de sugador	01		
Equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice	01		
Pedal de acionamento do equipo	01		
Mocho odontológico	01		
Amalgamador	01		
Fotopolimerizador	01		
Estufa ou autoclave	01		
Instrumentais			

➤ **Processo de trabalho**

01	Quem recebe o usuário que chega ao serviço?
02	É realizado acolhimento? Como acontece?
03	Qual o fluxo que se segue após o acolhimento/recepção?
04	É realizado algum tipo de triagem? Como? Por quem?
05	Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados?
06	Como os prontuários estão organizados?
07	Quais as formas de acesso ao serviço?
08	O Diagnóstico Precoce é propiciado?
09	Como é feito o agendamento dos atendimentos?
10	Como a agenda dos profissionais de nível superior é construída? (baseia-se no perfil da comunidade? foi discutida com a comunidade?)
11	Qual é a agenda de cada um desses profissionais?
12	Qual a periodicidade das reuniões de equipe?

13	Como é a participação da equipe na reunião?
14	São trabalhados os dados da população local para planejar ações?
15	Quais atividades preventivas que são desenvolvidas? Como são planejadas e priorizadas?
16	Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social? Como?
17	As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível? Como se dá esse processo?
18	Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço? Como acontece?
19	Possui recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários? Qual?
20	A ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe? Como acontece?
21	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços? Como?
22	Como são feitos os encaminhamentos para outros serviços?
23	Como está sendo feita referência e contra-referência?
24	Como são realizadas as atividades educativas? Quem faz? Onde? Para quem? Sobre o quê?
25	Atividades de promoção à saúde são desenvolvidas em algum momento? Qual o fluxo dos sistemas de informação?
26	Como é a relação da ESF com as vigilâncias?

ANEXO IX: ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

MUNICÍPIO _____

➤ **Documentos a serem solicitados**

Organograma da SMS
Plano Municipal de Saúde
Relatório de Gestão
PPI
Atas do CMS
Composição do CMS

➤ **Análise do organograma**

Cargos e funções
Relação e hierarquização dos cargos

➤ **Análise dos Planos Municipais**

Etapas do planejamento
Existência de ações propostas para os problemas identificados
Utilização do Sistema de Informação
Áreas priorizadas
A saúde da família é estabelecida como estratégia de organização da atenção básica
Ações curativas/preventivas
Pré-teste

➤ **Análise dos relatórios de gestão**

Ano de implantação do PACS
Ano de implantação do PSF
Cobertura do PACS/PSF a cada ano
Nº de equipes
Número de procedimentos de média e alta complexidade
Áreas priorizadas/contempladas pela gestão
Principais ações de cada nível de atenção
Coerência com o planejamento, a agenda e a programação das atividades
Cumprimento da PPI

➤ **Análise da composição do CMS**

Paridade e representação conforme a resolução do CNS

➤ **Análise das atas do CMS**

Regularidade de reuniões
Participação dos segmentos
Aprovação de projetos e planejamentos e prestação de contas

ANEXO X: PROTOCOLO DO CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 265/2009

Ilmo. Sr.

Prof. Cezar Augusto Casotti

Departamento de Saúde – UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **080/2009**

Projeto: **A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13^a REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: **Prof. Cezar Augusto Casotti (coordenador)**
Lícia Marques Vidal (colaboradora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Jequiezinho - Jequié-BA - Telefone: (73)3528-9727

ANEXO XI: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor(a),

Com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, pedimos a permissão para a coleta de dados, por meio de questionário semi-estruturado, entrevistas e observação livre. Os dados coletados serão analisados e poderão ser divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantindo o anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes da saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família e usuários do serviço da ESF. Esta pesquisa poderá servir de parâmetros para uma melhor compreensão das ações da Estratégia Saúde da Família que vem sendo desenvolvido neste município. A referida pesquisa será desenvolvida por discentes e docentes do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e outros discentes do Departamento de Saúde desta instituição.

Esperando contar com vossa colaboração, agradecemos vossa atenção desde já colocando-nos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida, são: UESB:3528-9738, Cezar Casotti: 3526-1306.

Sem mais, aproveito para reiterar os meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Pesquisador do Projeto

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa “*A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA*”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito desistir da mesma, a qualquer momento.

_____, ____/____/2011

.....
Nome do Entrevistado

.....
Assinatura do Entrevistado