



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

SYDIA ROSANA DE ARAUJO OLIVEIRA

**SUSTENTABILIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: O CASO DE UM MUNICÍPIO BAIANO**

Salvador

2014

SYDIA ROSANA DE ARAUJO OLIVEIRA

**SUSTENTABILIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: O CASO DE UM MUNICÍPIO BAIANO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Maria Guadalupe Medina

Co-orientadora: Profa. Louise Potvin

Salvador

2014

À minha família.

AGRADECIMENTOS

À prof^ª. Guadalupe, pelo incentivo e confiança em mim depositados, e por fazer desta orientação um caminhar sereno para realização deste trabalho.

À prof^ª. Louise, pela disponibilidade e acolhimento como co-orientadora durante a construção da Tese. Merci.

À prof^ª. Carmen, pela crença em mim, como orientadora de mestrado e do início do doutorado, e pelas opiniões acertadas em vários momentos de dúvidas.

Aos amigos e colegas do projeto “Estratégias de institucionalização das intervenções inovadoras em matéria de equidade em saúde”, em especial a Ana Cláudia, pela amizade que construímos neste processo e pela crítica e apoio ao desenvolvimento deste trabalho.

Aos profissionais de saúde do município em estudo, em especial a Jandaíra, Renata e Tamy pela disponibilidade em ajudar em todo tempo.

À FIOCRUZ por me possibilitar realizar este doutorado.

A todas as pessoas maravilhosas que encontrei durante esta última década no ISC, seja na residência, no mestrado ou no doutorado, este caminhar só foi possível graças à ajuda de amigos tão especiais.

A meus pais por me trazerem a vida e me oferecerem a base para chegar até aqui. Amo vocês.

A meus irmãos, por caminharem juntos comigo e me oferecerem o melhor de cada um de vocês.

A meus sobrinhos, por tornarem minha vida mais feliz.

A Paulo e Isadora, por completarem minha vida.

“Eu vi a mulher preparando outra
pessoa, o tempo parou para eu olhar
para aquela barriga...”.

(Caetano Veloso)

Resumo

Esta tese tem como objetivo analisar a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município baiano, descrevendo a trajetória desta Intervenção, e identificando os fatores estratégicos que promoveram a sua sustentabilidade. Sustentabilidade refere-se à continuidade de uma Intervenção ao longo do tempo, fase do seu ciclo de vida pouco estudada no contexto nacional. Para esta análise, utilizou-se o referencial da Teoria do Ator-Rede (TAR), abordagem que trata objetos como parte de redes sociais heterogêneas, gerados pelas interações entre os entes da rede. Dados de análise documental e de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave foram utilizados para construção de linha do tempo dos eventos que constituíam a trajetória da Intervenção. A unidade de análise foi o evento crítico, que compreende momentos de desestabilização na trajetória da Estratégia. Os resultados apontam seis eventos críticos, e um conjunto de fatores estratégicos que permitiram a reconfiguração da Intervenção e marcaram a sua manutenção ao longo do tempo. A análise evidenciou que estes fatores estratégicos identificados guardam correspondência com os já apresentados na literatura internacional e que a sustentabilidade de intervenções de Atenção Primária, em especial, da ESF é marcada pela influência destes fatores.

Palavras-chave: Sustentabilidade, Análise de políticas, Teoria do Ator-Rede (TAR), Atenção primária à saúde.

Abstract

This thesis aims to analyze the sustainability of the Family Health Strategy in a Bahia municipality, describing the trajectory of this intervention, and identifying strategic factors that promoted sustainability. Sustainability refers to the continuation of an intervention over time, stages of its life cycle poorly studied in the national context. For this analysis, we used the framework of the Actor-Network Theory (ANT), approach that treats objects as part of heterogeneous social networks, generated by interactions between the entities of the network. Data from document analysis and semi-structured interviews with key informants were used to construct the timeline of events that constitute the trajectory of Intervention. The unit of analysis was the critical event, which comprises the destabilizing moments in the history of Strategy. The results indicate six critical events, and a set of strategic factors that led to the reconfiguration of Intervention and marked its continuity over time. The analysis revealed that these strategic factors identified keep correspondence with those already presented in the international literature and the sustainability of interventions Primary Health Care, in particular, the ESF marked by the influence of these factors.

Keywords: Sustainability, Policy analysis, Actor-Network Theory (ANT), Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população do município baiano em 2010, por sexo..... 41

Figura 1- Linha do tempo inicialde todos os eventos que tiveram importância fundamental na trajetória da ESF do município baiano 45

Figura 2 - Linha do tempo dos eventos críticos da Estratégia Saúde da Família em um município baiano 51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características sócio-demográficas, sanitárias, epidemiológicas, políticas e de organização do sistema de saúde no município baiano	42
Quadro 2 - Descrição dos estabelecimentos de saúde no município baiano, em 2013 ..	44
Quadro 3 – Categorias analíticas e suas definições e operacionalização	47

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
RST	Rede Sócio-Técnica
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria do Ator-Rede
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Objetivos	26
3. Referencial teórico.....	27
3.1. Intervenções em saúde: reflexões sobre termos, noções e conceitos.....	27
3.2. A Teoria da tradução/Teoria do Ator-Rede na sustentabilidade das intervenções de saúde.....	30
3.3. Intervenção de saúde a partir da Teoria do Ator-Rede	37
4. Estratégia metodológica	41
4.1. Características do caso selecionado	41
4.2. Delineamento do Estudo	44
4.3. Produção dos Dados.....	44
4.4. Processamento e análise dos dados.....	47
4.6. Questões Éticas	50
5. Resultados: A trajetória da Estratégia Saúde da Família	51
6. Discussão.....	82
7. Considerações finais.....	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas para descrição da sustentabilidade da Intervenção a partir dos Eventos críticos	108
APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas para análise do papel do defensor na sustentabilidade da Intervenção	109
APÊNDICE C- Características gerais dos entrevistados	110
APÊNDICE D– Instrumento de sistematização dos Eventos críticos	111
APÊNDICE E – Instrumento de aferição do grau de concordância dos Eventos críticos da Estratégia Saúde da Família no município baiano	112
APÊNDICE F - Matriz final para aferição do grau de concordância dos Eventos críticos da ESF do município baiano	121
APÊNDICE G - Ficha dos Eventos críticos	130
ANEXOS	139
ANEXO A – LISTA DE DOCUMENTOS	139
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140

APRESENTAÇÃO

Este trabalho fez parte de uma pesquisa maior intitulada “Estratégias de institucionalização das intervenções inovadoras em matéria de equidade em saúde”, e foi realizado com a parceria de diversas instituições de pesquisa, dentre elas: Universidade de Montreal e Universidade de Sherbrooke, no Canadá; Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, no Brasil; e Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Portugal.

Tal pesquisa objetivava examinar os processos e dispositivos de integração das práticas de gestão e ação intersetorial, de pesquisa, e de formação no desenvolvimento e na sustentabilidade de três intervenções interssetoriais em saúde, no nordeste brasileiro. Este trabalho apresenta o estudo realizado em um município do Estado da Bahia, cuja Intervenção foi a Estratégia Saúde da Família. Esta tese foi organizada em formato tradicional, respeitando os requisitos para construção de um texto acadêmico. Para melhor entendimento do que foi produzido apresentamos abaixo uma visão geral do trabalho.

No primeiro capítulo, Introdução, estabeleceu-se a problemática de estudo e a contextualização. A revisão da literatura sobre a produção recente nesta área revelou a existência de uma lacuna no que diz respeito à existência de investigações sobre a análise da sustentabilidade de intervenções de saúde no Brasil.

Os objetivos do estudo foram apresentados no tópico seguinte.

O capítulo subsequente foi construído com intuito de apresentar ao leitor o referencial teórico que embasou o desenvolvimento da tese, apresentando uma breve revisão de alguns conceitos fundamentais para melhor compreensão do texto.

O quarto capítulo contempla a estratégia metodológica utilizada na investigação, que consistiu na elaboração de uma cartografia da intervenção analisada através da realização de análise documental e entrevistas semiestruturadas. Essa cartografia foi apresentada aos informantes-chave, o que possibilitou aos mesmos rememorar a história

da ESF com base em alguns traços já demarcados no tempo e a validação da mesma a partir de técnica de consenso modificada.

Apresentam-se no quinto capítulo os resultados empíricos do projeto de pesquisa. Os resultados foram apresentados através da genealogia da ESF, demonstrando a evolução da mesma, a partir de linha do tempo final. Essa linha do tempo foi pontuada com seis eventos críticos, os quais representam momentos de inflexão na trajetória da intervenção, ou seja, momentos em que a interrupção da ESF era iminente. Entende-se que a reconfiguração da intervenção foi possível, nesses momentos, graças a fatores estratégicos que possibilitaram sua estabilização.

A discussão deste processo está apresentada no sexto capítulo, com base na literatura científica, demonstrando-se que os fatores estratégicos aqui apresentados em muito coincidem com os já discutidos pela literatura. Contudo, outros fatores estratégicos surgiram, possivelmente, complementando a literatura sobre o tema.

O último capítulo foi construído com as considerações finais, trazendo os limites deste estudo, as questões que se abrem a investigações futuras e a principal conclusão desta tese de que existem fatores estratégicos que potencializaram a sustentabilidade desta intervenção.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, compreender como se implementam e desenvolvem as intervenções, definidas como um espaço social no qual evolui um sistema de ação (POTVIN et al., 2006a), podendo ser desde um projeto a uma política, tem sido tema frequente na literatura e recebido contribuições de diversos teóricos. Um campo de investigação que se inicia no momento da identificação de um problema e formulação de determinada intervenção, até a apreciação das suas consequências e resultados.

Entre as diversas abordagens e modelos explicativos formulados para entender o processo de elaboração e desenvolvimento das políticas, pode-se destacar a teoria da escolha racional, o incrementalismo, a análise de sistemas, a política da burocracia, a coalização de defesa, a teoria da escolha pública, e o ciclo das políticas públicas (KELLY e PALUMBO, 2001; SOUZA, 2006).

A partir da constituição de 1988, com o processo de reorientação das políticas públicas no Estado brasileiro, o estudo relacionado ao ciclo das políticas ganhou impulso (PINTO, 2004; CAPELLA, 2006; MACHADO, 2013). As dificuldades na implementação de novas práticas, em especial, na área da saúde, suscitou o questionamento quanto à compreensão do processo pelo qual as políticas públicas em saúde acontecem, isto é, o entendimento de como e por que os governos optam por determinadas ações (VIANNA, 1996; SOUZA, 2006; PINTO, 2008).

O modelo do ciclo das políticas públicas esquematiza a vida de uma política em uma série de etapas sequenciais e interdependentes, visualizando a política em estágios, de modo semelhante ao que LeMoigne (1999) denominou de modelização, um modo de representação das intervenções que permite tornar inteligível um fenômeno complexo. Entende-se que esta distinção entre cada etapa é didática e que o desenvolvimento das intervenções se dá em um processo complexo, onde uma etapa não se inicia apenas quando a seguinte chegou ao fim (PLUYE, 2002).

As primeiras ideias sobre divisão em estágios das políticas foi proposta pelo pesquisador Harold Lasswell, em 1956, que apresentou sete estágios, a saber: inteligência; recomendação; prescrição; invocação; aplicação; apreciação e término

(VIANNA, 1996; RENDEIRO, 2011; SAVARD, 2012; MACHADO, 2013). Em geral, o ciclo da política remete às fases da política pública que comumente são descritas, como: **definição da agenda; formulação de políticas; implementação; e avaliação** (KINGDON, 1984; VIANNA, 1996; HOWLETT e RAMESH, 2003; SECCHI, 2011; MACHADO, 2013). Há várias vertentes que abordam e descrevem esses estágios focando diferentes aspectos e, desta forma, pontuando diferentes divisões.

De acordo com a teoria do ciclo da política pública, a definição da agenda refere-se aos processos pelos quais as condições sociais são reconhecidas e consideradas como um "problema público" - não mais sujeita a um destino social ou natural, nem pertencente à esfera privada - tornando-se assim o foco de debate (SAVARD, 2012). Kingdon (1984) entende que o caminho de uma política inicia-se com a convergência entre três fluxos: problemas, soluções ou alternativas, e política, que gera uma oportunidade de mudança e a ascensão de uma questão à agenda.

Após a inserção na agenda governamental, torna-se necessário definir as linhas de ação que serão adotadas para solucionar o problema, toma-se a decisão em relação às alternativas propostas a partir do equacionamento dos interesses dos atores e as intenções de enfrentamento do problema (SECCHI, 2011). Na fase de implementação, coloca-se a política pública em vigor, isto é, quando são produzidos os resultados concretos da política (MÉGIE, 2004; PINTO, 2008). Finalmente, a avaliação, última fase, é o julgamento sobre a validade das propostas adotadas, bem como sobre o sucesso ou as falhas do que foi colocado em prática (CAPELLA, 2006; SECCHI, 2011).

No Brasil, uma extensa produção intelectual tem sido observada quando se trata de analisar cada uma destas etapas, em relação à formulação e desenvolvimento das políticas públicas (COHN, WESTPHAL e ELIAS, 2005; CAPELLA, 2006; NOVAES, 2006; PINTO, 2008; COSTA, et al., 2011; GUEDES, et al., 2011; SECCHI, 2011; MACHADO, 2013; MANCUSO, 2013). No entanto, uma questão fundamental ainda não foi de forma satisfatória investigada no contexto nacional: O que determina a manutenção ou o fim de uma intervenção?

Embora pouco investigada no Brasil, o tema da sustentabilidade vem sendo bastante discutido, nos últimos anos, no contexto internacional, e extensa produção

técnico-científica tem se desenvolvido, de modo especial em relação às intervenções que se referem à promoção de saúde (STECKLER e GOODMAN, 1989; GOODMAN et al., 1993; SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE, 1998; PAINE-ANDREWS et al., 2000; BILODEAU et al., 2002; JOHNSON et al., 2004; MANCINI e MAREK, 2004; PLUYE et al., 2004; SCHEIRER, 2005; SCHEIRER, HARTLING e HAGERMAN, 2008; BOWMAN et al., 2008; FELISBERTO, 2010; SCHEIRER, 2013).

Estudos relacionados ao ciclo de vida das intervenções (SCHEIRER, 2005; BOPP, SAUNDERS e LATTIMORE, 2013) incorporam as etapas já elencadas em relação ao ciclo das políticas e apresentam um novo estágio: a sustentabilidade, que se refere à continuidade das intervenções ao longo do tempo (SCHEIRER, 2013). Neste esforço de compreensão, as intervenções em saúde são estudadas através de quatro etapas: **o planejamento, a implantação, a avaliação e a sustentabilidade** (PLUYE et al., 2004; ROSSI, LIPSEY e FREEMAN, 2004; SCHEIRER, 2005; CHAMPAGNE et al., 2009). As denominações em relação a tais fases não são consensuais na literatura internacional, com pequenas variações nas divisões de cada etapa.

Na abordagem do ciclo de vida das intervenções, a fase do planejamento representa a colocação de um determinado plano em prática (SCHEIRER, 2005). Entende-se que esta perspectiva do planejamento é instrumental, e que no contexto brasileiro, outras abordagens teóricas têm sido discutidas em relação ao planejamento de políticas e intervenções em saúde (GIORDANI, 1979; TESTA, 1992; URIBE RIVERA, 1995; MATUS, 1997). Já a implementação relaciona-se ao momento em que a intervenção é colocada integralmente em prática dentro da organização ou comunidade alvo (SCHEIRER, 2005). A avaliação consiste em portar um julgamento de valor sobre uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2009), semelhante ao que já foi descrito sobre os termos em relação ao ciclo das políticas.

Embora venha despertando bastante interesse e tenha sido amplamente discutida no contexto internacional, a sustentabilidade de intervenções de saúde não constitui uma questão sobre a qual atores governamentais e sociais concentrem sua atenção no Brasil. Do mesmo modo, este tema não tem despertado interesse dos pesquisadores e pouco questionamento tem sido realizado quanto à manutenção das intervenções.

Breve revisão sobre a Sustentabilidade em saúde

No fim do século passado observou-se o desenvolvimento de estudos e reflexões sobre a sustentabilidade de intervenções em diversos países, em especial Canadá e Estados Unidos, com alguns aspectos importantes a serem considerados. O primeiro aspecto a ser destacado diz respeito aos distintos termos utilizados para designar a manutenção das intervenções, a saber: perenização, institucionalização, incorporação, integração e rotinização, não existindo concordância na literatura em relação a uma única denominação. A dificuldade em definir esse tema, ou estabelecer um consenso em torno dele, traduziu-se com ênfases, enfoques e nuances diferenciados.

Pluye et al. (2005) definiram rotinização como o processo que leva ao estabelecimento de rotinas organizacionais, as quais seriam resultados de atividades rotinizadas que se tornaram habituais. Outros autores (STECKLER e GOODMAN, 1989; SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE, 1998; PLUYE et al., 2004; PLUYE et al., 2005) entendem, ainda, rotinização como o processo primário de sustentabilidade nas organizações.

A noção de rotinização tem sido apresentada como sinônimo de institucionalização, referindo-se à viabilidade e integração de longo prazo de um programa e ou atividades com a organização. Entretanto, pode-se entender que o termo institucionalização apresenta uma conotação mais durável que rotinização, compreendendo-se este processo se desenvolvendo em camadas, sendo rotinização o primeiro nível e institucionalização o processo seguinte para a manutenção de uma intervenção em uma organização (STECKLER e GOODMAN, 1989; GOODMAN et al., 1993; SCHEIRER, 2013).

De acordo com Paine-Andrews et al. (2000), institucionalização e sustentabilidade são termos semelhantes, que se referem à manutenção de programas ao longo do tempo e a produção de efeitos positivos na saúde. Contudo, estudos apontam para um amplo tema da sustentabilidade, o qual abarcaria as diferentes noções de institucionalização, incorporação, rotinização e integração, não sendo restrita a existência de estruturas organizacionais (SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE, 1998; PLUYE et al., 2005; FELISBERTO, 2010; SCHEIRER, 2011).

Optar-se-á neste estudo pela utilização do termo sustentabilidade, tendo em vista que é o mais utilizado no contexto internacional (SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE, 1998), entendendo que o mesmo abarca as outras noções correlatas. Sustentabilidade no contexto das intervenções é definida, referindo-se ao fenómeno geral de continuidade da intervenção ou de seus efeitos (WHELAN et al., 2014).

Em breve revisão da literatura sobre esta temática, observando os estudos empíricos sobre sustentabilidade, Shediac-Rizkallah e Bone, (1998) tem sido o mais amplamente citados, bem como os trabalhos desenvolvidos por Steckler e Goodman (1989) e Goodman et al. (1993), utilizados como referência para diversos estudos.

Outro aspecto a ser observado refere-se à variedade de recortes adotados nesses trabalhos, destacando-se investigações empíricas de iniciativas de saúde comunitária (PAINE- ANDREWS, 2000), ensaios teóricos (SWERISSEN e CRISP, 2004), revisão sistemática (SCHEIRER, 2005), revisões da literatura (OLDENBURG et al., 1999; JOHNSON et al., 2004; WILTSEY - STIRMAN et al., 2012; ANAKER e ELF, 2014) e estudos sobre propostas metodológicas explicativas do processo pelo qual as intervenções se sustentam (STECKLER e GOODMAN, 1989; GOODMAN, et al., 1993; SHEDIAC-RIZHALLAH e BONE, 1998; PLUYE et al., 2004; MANCINI e MAREK, 2004; RIDDE et al., 2006; HUIJG et al., 2013), dentre outros.

Particularmente, no que diz respeito às metodologias adotadas nestes estudos, observa-se predomínio de abordagens quantitativas. A maioria das pesquisas caracterizam-se como estudos longitudinais (BILODEAU et al., 2002) estudos de casos, com investigações de aspectos relativos à acurácia nas medidas (GOODMAN et al., 1993), e a mensuração da sustentabilidade (STECKLER e GOODMAN, 1989; SHEDIAC-RIZHALLAH e BONE, 1998; SCHEIRER, 2005; RIDDE et al., 2006; HUIJG et al., 2013).

No que se refere aos resultados dos estudos revisados, são apontados alguns aspectos que propiciaram e dificultaram a sustentabilidade das intervenções. Diversos estudos se propõem a analisar fatores que podem influenciar positivamente a sustentabilidade das intervenções (SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE, 1998; PAINE-ANDREWS 2000; JOHNSON et al., 2004; MANCINI e MAREK, 2004; BILODEAU

et al., 2002; SCHEIRER et al., 2008; HUIJG et al., 2013), merecendo destaque os trabalhos desenvolvidos por Steckler e Goodman (1989) que observaram que cultivar um defensor do programa, favorecer subsistemas fortes, ajustar o programa com a missão organizacional, evitar intermediários, estabelecer períodos de financiamento adequado e financiar programas já existentes, são fatores facilitadores da sustentabilidade das intervenções, além do estudo realizado por Pluye (2002), no qual a rotinização foi considerada produto da coalizão dos atores.

Outro estudo que merece consideração especial é o trabalho de Scheirer (2005) que sumarizou elementos contributivos para sustentabilidade da Intervenção, dentre eles: (a) o programa em si é modificável ao longo do tempo, (b) presença de um defensor organizacional ('champion'¹), (c) compatibilidade com a missão organizacional, (d) percepção de benefícios aos membros da equipe e/ou clientes; (e) a importância do apoio de outros 'stakeholders'² na comunidade.

Dentre as influências negativas, a rotatividade da equipe, a mudança das práticas médicas e o baixo nível de implementação inicial do projeto foram identificados por Scheirer (2005). Além da falta de financiamento e de apoio organizacional que foram assinaladas por Keating et al. (2010) como barreiras para a sustentabilidade de intervenções.

Embora os autores tenham encontrado, nas suas investigações, evidências de fatores que contribuíram para a sustentabilidade das intervenções, a incerteza permanece sobre a forma como elas podem ser sustentadas com sucesso ao longo do tempo, dada a diversidade de definições, marcos conceituais, métodos de estudo, prazos e resultados em cada um dos estudos revisados. Cabe frisar que a sustentabilidade tem sido estudada mais detalhadamente em países com alta renda e com intervenções que eram subsidiadas por organizações outras diferentes do Estado.

¹ Compreendido como mediador ou ator-chave.

² Tomador de decisão.

Analisando os poucos estudos realizados no Brasil sobre o tema, observa-se que os trabalhos desenvolvidos por Magalhães et al. (2011) e Dowbor e Westphal (2013) entendem a sustentabilidade em seu sentido semântico, como apoio ou defesa. Bueno (2013) se propõe a analisar a sustentabilidade, no entanto, alterna o conceito de sustentabilidade, ora numa perspectiva de manutenção, ora como desenvolvimento sustentável.

Já Uchôa (2009) analisa as potencialidades e limites de práticas inovadoras de cuidado nas Equipes de Saúde da Família (EqSF), abordando dentre estas potencialidades a “sustentabilidade” destas práticas. No entanto, não esclarece qual o conceito de sustentabilidade explorado, nem tampouco aponta os caminhos percorridos para sua análise, demonstrando em seus resultados a sustentabilidade, ora como formalização de atividades, ora como envolvimento da comunidade, ou ainda, no sentido de visibilidade.

No Brasil, apenas o estudo realizado por Felisberto (2010) que faz uma análise da sustentabilidade da Política Nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica, apresenta a metodologia utilizada (PLUYE et al., 2004). O estudo de Felisberto (2010) abre um debate sobre a compreensão e o uso da sustentabilidade em intervenções no Brasil.

Como pode ser observado, após alguns anos dos primeiros trabalhos desenvolvidos no Brasil, pouco se tem explorado sobre o tema da análise da sustentabilidade em intervenções de saúde. Identificar como é possível otimizar a sustentabilidade de intervenções e reduzir a interrupção prematura destas parece não ser preocupação de investigações científicas no Brasil.

Gruen (2008) aponta a necessidade de incluir estudos empíricos realizados em programas de países de baixa renda e renda média, demonstrando a lacuna deste tipo de estudo em relação ao tema da sustentabilidade. Destarte, a existência desta lacuna do campo científico deve ser suprimida com estudos de caráter empírico que possam demonstrar diferenças ou similitudes com os diversos estudos produzidos na literatura internacional.

Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família

Propostas de organização do sistema de serviços de saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde³ foram apresentadas pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920 (STARFIELD, 2002). Esta iniciativa de organização subsidiou a concepção dos sistemas e a organização dos serviços de saúde de diversos países, a exemplo do Brasil.

Experiências de extensão de cobertura pautadas na atenção primária foram implantadas, no Brasil, desde os anos de 1970. Inicialmente, em municípios do Nordeste, com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que objetivava implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes (PAIM, 2002; ESCOREL, 2008; AQUINO et al., 2014).

Ao final da década de 70, o Ministério da Saúde propôs a expansão do PIASS para todo o país, que durou até 1981, quando este foi integrado ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, conhecido como PREV-SAÚDE. Por ser uma proposta racionalizadora, democratizante, de favorecimento do setor público, e envolvimento da participação comunitária, o PREV-SAÚDE sofreu grande oposição e não foi operacionalizado (PAIM, 2002; ESCOREL, 2008; AQUINO et al., 2014).

Na década de 1980, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde, transformado em maio de 1984, em Estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), que visava à descentralização e reforço aos municípios, além da articulação das ações de saúde desenvolvidas pelas diversas instituições de saúde: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, Secretarias estaduais e municipais. As unidades básicas de saúde eram responsáveis pela prestação de atenção integral à saúde dos indivíduos independente de sua vinculação previdenciária. Na vigência das AIS houve grande expansão da rede básica de serviços municipais (PAIM, 2002; ESCOREL, 2008; AQUINO et al., 2014).

³ Atenção Primária à Saúde é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, [...] para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (STARFIELD, 2002).

Para além da incorporação das propostas de integração de serviços público como previsto nas AIS, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, gradativamente fortalecido nos anos 70 (PAIM, 2008), culminou em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cenário que reafirmou a saúde como direito e dever do Estado e definiu os princípios e diretrizes para o arcabouço institucional do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a implantação do SUS, importantes iniciativas pautadas pela concepção de atenção primária a saúde podem ser identificadas, particularmente no que se refere a mudanças no modelo de organização dos serviços (PAIM, 1993; MERHY et al., 1994; TEIXEIRA et al., 1998). Dentre elas, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), marco na incorporação da Estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. Criado em 1994, e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, mediante a disponibilização de incentivos financeiros aos municípios que o adotassem (SOARES, 2000; CONILL, 2008), a ESF aos poucos adquiriu centralidade, na agenda governamental.

Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma Estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL et al., 2007; SILVA et al., 2010). A ESF incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da Atenção primária em saúde, dimensionados por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades, buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada.

A ESF tem sido amplamente analisada no Brasil, seja em relação ao planejamento, implementação ou avaliação. Ao longo das últimas décadas, a ESF expandiu-se em todo o país sob indução do Ministério da Saúde, atingindo, em 2014, mais de 105 milhões de pessoas, estando presente em todo o território brasileiro com 34.702 Equipe de Saúde da Família (EqSF) (BRASIL, 2014).

Observando-se as experiências em curso percebe-se um maior crescimento da iniciativa em municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade

instalada. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação da ESF tem sido lenta, pois se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SOUSA, 2000).

Outro ponto em destaque é o número tanto de críticos quanto de defensores da Estratégia Saúde da Família.

Críticos são contundentes ao afirmar as limitações da proposta ministerial como reordenadora do modelo hegemônico de atenção. Esses autores argumentam que a ESF se propõe a reduzir os custos da assistência e simplificar a atenção à saúde ofertando-a a grupos de baixa renda (MERHY e FRANCO, 2002; FRANCO e MERHY, 2003). Além da tentativa em estabelecer um modelo padrão, para um país tão diversificado quanto o Brasil, promovendo a desvalorização das experiências locais, devido aos repasses financeiros inferiores àqueles concedidos aos que optaram pelo modelo consagrado pelo Ministério da Saúde (MERHY e FRANCO, 2002; TEIXEIRA, 2003/2004; FRANCO e MERHY, 2003; CAMPOS, 2008; CONILL, 2008).

Os autores que avaliam positivamente a ESF enfatizam sua importância para a extensão de cobertura a populações desassistidas e sua contribuição para a reorganização de sistemas locais de saúde, através da integração e promoção das atividades em território definido, além da reversão atual do modelo hegemônico de assistência, pautado na reorganização do processo de trabalho, e conseguinte, no modo de produzir cuidado (SOUZA, 2002; ROSA e LABATE, 2005).

Mesmo diante de diversas ‘controvérsias’, a ESF chega a 20 anos de implantação das primeiras EqSF. Estudos demonstram que para cada 10% de aumento na cobertura populacional da ESF, há uma redução média de 4,5% na taxa de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006). Investimentos na ordem de 11,2 bilhões de reais foram destinados a Estratégia Saúde da Família para o ano de 2014 (BRASIL, 2013), e é ratificada em documentos oficiais como intervenção que induz a mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2012). No entanto, cabe uma questão: é apenas o aporte

financeiro que assegura a manutenção da intervenção nos sistemas locais de saúde? Que fatores estão relacionados à continuidade dessa intervenção?

Existem poucas experiências sobre a sustentabilidade de intervenções no Brasil, e não se tem relatos de estudos que se preocupem em analisar a sustentabilidade da ESF. Como já citado, os estudos realizados no Brasil priorizam informações sobre a normatização das intervenções em saúde e sua relação com as instituições (UCHÔA, 2009; FELISBERTO, 2010; MAGALHÃES et al., 2011; DOWBOR E WESTPHAL, 2013; BUENO, 2013), esquecendo-se de identificar condições que possam otimizar a sustentabilidade de intervenções e reduzir a interrupção prematura destas.

Neste sentido, considerando a diversidade de relações e os contextos possíveis para que haja a sustentabilidade de intervenções de atenção primária, coloca-se como pergunta norteadora desta investigação: Quais os fatores que explicam a sustentabilidade de uma intervenção de Atenção primária à saúde, a ESF, no âmbito local?

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Analisar a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família em um município baiano.

Objetivos específicos:

- Descrever a trajetória da Estratégia Saúde da Família de um município baiano, no período 1998-2010.
- Identificar os eventos críticos responsáveis pelas rupturas na trajetória da ESF e suas consequências.
- Analisar os fatores estratégicos que promoveram a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família de um município baiano.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Intervenções em saúde: reflexões sobre termos, noções e conceitos

No campo da saúde coletiva a noção de Intervenção é essencial, uma vez que este campo se compõe de um eixo científico – onde se busca a produção do conhecimento sobre as práticas de saúde e seus determinantes – e um eixo de práticas sociais, no qual se busca intervir sobre a realidade de saúde com o propósito de alterar a situação de saúde das populações. Assim, as noções de intervenções, políticas, programas e projetos são utilizadas no campo da saúde coletiva, em especial na área de planejamento e gestão, buscando designar um modo de ação.

No intuito de esclarecer as múltiplas expressões - política, programas, projetos, intervenção - empregadas muitas vezes indistintamente, tentar-se-á explanar sobre cada um destes termos.

De acordo com Hartz e Vieira da Silva (2006), uma política de saúde expressa a intenção ou consolidação de poder para grupos sociais concretos, através de certos conteúdos específicos (programas ou projetos da política) e de certas ações viabilizadoras (estratégia) dirigidas para a realização de alianças, consensos ou para lutas que debilitem o poder dos oponentes contrários a essa política. As políticas seriam formas especializadas de intervenção, ou ainda, o modo de ação dos dirigentes (OPS, 1975; POTVIN e GOLBERG, 2006).

Paim e Teixeira (2006) compreendem política de saúde como uma resposta social aos problemas e necessidades de saúde⁴, podendo ser entendida em duas dimensões: a do poder (*politics*) – relativa à natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas - e do estabelecimento de diretrizes, planos e programas (*policy*), que diz respeito aos planos de ação.

⁴Paim (1980:46) reflete sobre as expressões “necessidades de saúde” e “necessidades de serviços de saúde” com a indicação de uma “ambiguidade” e ressalta que necessidades dos serviços de saúde são passíveis de serem atendidas pelo sistema de serviços de saúde, e são determinadas pela deterioração dos meios de vida (sofrer) e pela incorporação de um conhecimento (saber) acerca dos processos de reposição do consumo dos serviços de saúde. Já necessidades de saúde estão relacionadas à dimensão positiva da saúde e as condições necessárias para atingi-la.

Estas duas dimensões não são necessariamente excludentes, mas podem ser entendidas como acepções complementares que se integram, pois ao mesmo tempo em que se tem a atuação do Estado através de planos de ação, se observa que estas ações se dão através de relações de poder. Testa (1992: 140) salienta a dimensão do poder no seu entendimento sobre o que é uma política, definindo-a como uma “proposta de distribuição do poder”. No âmbito da saúde, esta se difunde em três domínios específicos: poder técnico, poder administrativo e poder político.

Assim, pode-se compreender política de saúde como a ação ou omissão de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

Programas são conjuntos de práticas, atividades, ou serviços coordenados, representados por uma problemática posta, onde há definição de objetivos, recursos são mobilizados, atividades e serviços ofertados, resultados atendidos, numa sequência de etapas necessárias à sua realização (WHOLEY, HATRY e NEWCOMER, 1994; POTVIN et al., 2001; POTVIN et al., 2006b; HARTZ e VIEIRA DA SILVA, 2006). Segundo Worthen et al. (2004), os programas são intervenções planejadas e constantes que procuram chegar a alguns resultados específicos em resposta a um problema. Os projetos se assemelhariam aos programas, porém baseados em uma quantidade limitada de recursos e de tempo (ARMANI, 2000).

Programação pode ser entendida como uma tecnologia de organização do trabalho assistencial (SCHRAIBER, 1993), ou ainda, uma dimensão técnica de estimativa de recursos e de otimização econômica, como representado pelo método CENDES/OPS, sendo o âmbito político antecessor à programação e condicionante dos seus parâmetros. Deste modo, os programas são instrumentos para operacionalizar as políticas de saúde, assim como o são os projetos, sendo destes diferenciados pelo tempo de execução.

Para diversos autores (CONTANDRIOPOULOS et al., 1993; POTVIN et al., 2001; POTVIN et al., 2006b; HARTZ e VIEIRA DA SILVA, 2006), o conceito de

programa aparece relacionado a operacionalização das políticas, que se faz pela inter-relação de uma diversidade de atores cujas ações, práticas, atividades e serviços constituem o programa propriamente dito” (POTVIN et al., 2006b).

Intervenção⁵ é qualquer política, programa, ou projeto, sendo um termo mais geral, no âmbito da avaliação de políticas e programas em saúde, que compreende um modo de ação complexo produzido em um espaço social, isto é, um sistema organizado de ação que se constitui pelo processo de negociação dos atores envolvidos na intervenção em um tempo e contexto específico (HARTZ, 1997; POTVIN e GOLBERG, 2006; CHAMPAGNE et al., 2009).

A intervenção compreendida como um espaço social implica entendê-la como um espaço de transformação relacional em que os atores de diferentes origens se mobilizam em um processo de produção social, que inclui uma dimensão temporal e espacial (AUBRY e POTVIN, 2012). Implica, ainda, em uma noção de fronteira, onde uma realidade dinâmica e multidimensional se apresenta, com relações múltiplas e multidirecionais entre os elementos⁶ que constituem este espaço. Um sistema onde os diferentes atores ‘negociam’ a estruturação e a realização de suas ações, ao mesmo tempo em que suas próprias posições neste espaço, possibilitando ou não uma configuração de interesses semelhantes a depender das relações que se produzam neste espaço (POTVIN et al., 2006a).

O espaço social é um sistema de ação onde nem os atores, nem as atividades que estes exercem para alcançar seus projetos de transformação social, são estáveis e pré-determinados. Cada um destes elementos que definem a forma do sistema de ação, atrelados ao tempo e o contexto no qual este sistema de ação se produz compõem a intervenção (POTVIN et al., 2006a).

⁵Neste estudo, adotar-se-á a expressão Intervenção de saúde, compreendendo que a mesma abarca as duas dimensões da política, no contexto da saúde coletiva, e possibilita um diálogo privilegiado com o campo da avaliação em saúde, especialmente a partir de autores canadenses que se utilizam deste conceito como um sistema organizado de ação, onde elementos interagem em uma rede dinâmica cuja forma se modifica a depender do contexto e do tempo.

⁶ Os elementos constitutivos do espaço social são os atores, as atividades dos atores e os projetos de transformação social.

Aubry e Potvin (2012) utilizando-se dos estudos realizados por Didier Fassin (1998) aproximam o conceito de espaço social para o âmbito da saúde. Entendendo como espaço sócio-sanitário aquele configurado por um sistema de relações locais, criado quando a colaboração entre atores de diversos setores se estabelece, no intuito de desenvolver as atividades de promoção da saúde. Assim, as intervenções de saúde caracterizam-se por um sistema constituído por atores que se mobilizam, angariam recursos e ocupam posições que lhes conferem novas identidades e asseguram a saúde das populações (AUBRY e POTVIN, 2012).

Neste estudo compreende-se que a intervenção de saúde, Estratégia Saúde da Família, é resultado da ação de transformação produzida pelos atores nela implicados e das constantes interações que se produzem localmente ao seio deste espaço sócio-sanitário específico, que objetiva melhorar a saúde das populações. Ou seja, a Estratégia Saúde da Família caracteriza-se por um sistema constituído por uma diversidade de atores - gestores, profissionais da ESF, usuários, líderes comunitários, entre outros - que se utilizam de inúmeras ações para promover interesses e consolidar seus objetivos. No intuito de compreender e identificar estas operações que caracterizam o funcionamento deste espaço sócio-sanitário específico utilizar-se-á a Teoria do Ator-Rede (TAR).

3.2. A Teoria da tradução/Teoria do Ator-Rede na sustentabilidade das intervenções de saúde

A teoria da tradução ou teoria do Ator⁷-Rede é uma abordagem sociológica, desenvolvida principalmente nos trabalhos de Bruno Latour, Michel Callon, e John Law, com origem nos estudos sobre a articulação entre ciência, tecnologia e sociedade. Neste capítulo, trataremos das contribuições desta teoria, num esforço de sistematização dos princípios conceituais e metodológicos fundamentais.

São três os princípios metodológicos que compõem esta teoria, a saber: associação livre, agnosticismo e simetria generalizada.

Para compreender o fundamento da associação livre, Latour (2006) considera que há dois tipos de sociologia: a sociologia do social e a sociologia das associações. Na

⁷A noção de ator foi utilizada neste estudo como qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, isto é, que se constitua na ação. São sinônimos deste termo entidade, actant, e atuante.

primeira, trata-se de explicar o tecido social através da utilização de conceitos como grupos, classes, campo, etc. Este autor considera que tal utilização enrijece o próprio tecido social e anula as instabilidades que o compõem. A sociologia das associações, de outro lado, considera que o social é um tipo de conexão entre elementos que, em si mesmos, não são sociais. Os grupos sociais, por exemplo, são continuamente recriados nas associações que dinamicamente se estabelecem entre os atores⁸.

O deslocamento dos distintos atores envolvidos no processo social permite contínuas reinterpretações dos papéis desempenhados e dos objetivos pretendidos, contemplando seus respectivos interesses e suas relações de poder (BILODEAU et al., 2002). Estas associações produzidas pelos atores podem ser compreendidas pela noção de tradução, que corresponde ao conjunto de operações pelas quais as entidades são colocadas em relação, não somente uns com os outros, uma articulação de elementos díspares e heterogêneos, que de algum modo modifica os envolvidos neste processo. (CALLON, 2006).

A noção de tradução está atrelada ao processo de expansão e de consolidação da rede que consiste em estabelecer conexões entre entidades que não estavam anteriormente conectadas. Uma rede é uma totalidade aberta capaz de crescer através de fluxos, circulações, e alianças que interferem e sofrem interferência de diversos atores, sendo o processo de tradução necessário para sua consolidação e expansão.

Para examinar este processo de tradução, Callon (1986) estabelece quatro operações interativas, as quais seguem abaixo:

- 1. Problematização-** Este momento expressa a colocação em movimento dos atores em torno de um projeto provisório e mínimo, que se constitui na definição do problema. Neste momento há a possibilidade de configuração ou reconfiguração de uma rede de atores, a partir da formação de um sistema de alianças ou associações, entre estes, que passam a adquirir e articular papéis e identidades em função do problema dado. Os atores passam a compartilhar um

⁸ Estas associações que se estabelecem na interação entre os atores se constituem em uma rede. Este tema será detalhado ao longo deste capítulo.

mesmo objetivo e atuam em função dele. O ator ou grupo de atores tornam-se pontos de passagem obrigatório⁹ nestas associações.

2. **Interesse**— Esta etapa está relacionada ao conjunto de dispositivos (estratégias) pela qual uma entidade (atores) tenta impor e estabilizar a identidade dos outros atores realinhando-os em torno do objetivo compartilhado, interrompendo todas as associações potenciais concorrentes e construindo um sistema de alianças. O interesse é produzido frequentemente a partir de novas relações ou de novas formas de relações já existentes. É neste momento do interesse que a problematização é validada ou contestada.
3. **Envolvimento** refere-se aos mecanismos pelos quais são definidos papéis atribuídos a atores que os aceitam. É o interesse bem sucedido, que dá lugar a um conjunto de negociações que conduz à aceitação de um determinado papel, permitindo consolidar alianças a fim de fortalecer a rede em busca de uma solução negociada.
4. **Mobilização** é o conjunto de métodos ou negociações para garantir que as entidades possam ser movidas, em função de suas novas funções e de acordo com a orientação dada pelo porta-voz¹⁰ da rede. Ocorre quando os atores se rendem, gradualmente, às proposições apresentadas pelos porta-vozes. A mobilização dos atores anuncia o alargamento das redes. Ao contrário, a falta de solidez dos porta-vozes leva à dissidência, devido às inúmeras controvérsias¹¹.

Estes quatro momentos da tradução nunca são tão distintos, nem lineares, nem muito menos as sobreposições se dão sempre nesta ordem, salienta Callon (1986). Eles representam um avanço na mobilização dos atores, quer dizer, uma evolução nas associações entre os atores que vai se consolidando à medida que estes passam a compartilhar os mesmo objetivos. “Traduzir é um processo antes que seja um resultado” (CALLON, 1986:19).

⁹Pontos de passagem pode ser um ator ou grupo de atores que ocupam a posição de articulador principal, que por suas características tornam-se vitais dentro da dinâmica do funcionamento da rede (CALLON, 1986; LATOUR, 1994). Pode ser compreendido como o nó da rede.

¹⁰ Aquele que soma as vontades da multidão (CALLON E LATOUR, 2006).

¹¹Todas as manifestações pela qual a representatividade do porta-voz é questionada, discutida, negociada, rejeitada, etc. (CALLON, 1986).

Ao analisar a dinâmica de traduções e deslocamentos, Callon (1986) e Latour (1994) ressaltam o segundo princípio metodológico: o agnosticismo. Consideram que não há explicações prontas, ao analisar qualquer dinâmica social se faz necessário que toda interpretação seja sem privilégios, sem prévias concepções. Deve-se abandonar qualquer suposição a priori sobre os fatos, não se deve avaliar, criticar ou julgar os atores quando falam e argumentam sobre qualquer fato social.

Ao analisar as alianças que são formadas na constituição das redes deve-se ser imparcial só sendo possível a análise pelos diferentes tipos de deslocamentos e de transformação de objetivos, e de estratégias dos atores envolvidos. Observa-se que este processo não é retilíneo, que não se dá sem resistências. Cada ator em função dos seus interesses podem a qualquer momento contestar estas alianças, uma vez que elas não são definitivas.

Nessa mecânica do poder, onde atores se utilizam das estratégias necessárias para consecução dos seus objetivos, sempre existem riscos e perdas. Latour (2006) apresenta o poder como situacional e contextual, onde em toda parte os atores encontram resistência, e são capazes de obter maior êxito em face da resistência, aqueles competentes em arregimentar mais aliados, em estender e solidificar suas redes na situação apresentada.

Os atores conectados a rede tem identidades e interesses que lhe são próprios, mas que se alinham de maneira crescente à medida que a rede se consolida. No momento em que o alinhamento dos objetivos, ou os interesses dos atores se modifica, a rede pode ser desfeita. Isto é, quanto mais heterogênea a identidade destes atores que compõem a rede, mais instável ela é (AUBRY e POTVIN, 2012).

Esta série de associações entre os atores que estão constantemente formando (e desfazendo) redes é marcada por uma forte heterogeneidade, no momento de sua constituição, e se caracteriza tanto pelo conjunto de relações entre pontos ou nós, quanto por conexões e agenciamentos internos. Sua abertura possibilita interações para todos os lados e direções, não possuindo limites externos (MORITZ, 2010).

Este entrelaçamento entre atuantes compreendido como um emaranhado que nos possibilita pensar não mais em termos de unidade, mas a partir de um dinamismo processual e sempre constante de associações, é denominado na Teoria do Ator-Rede por Rede Sócio-Técnica (RST) (AKRICH et al., 2006; NOBRE et al., 2010).

A RST é definida por um híbrido da relação entre humanos e não humanos, reintegrando pólos que comumente aparecem como opostos (MELO, 2010). Para Latour (2006), não existe diferença ontológica entre objetos ou pessoas. Todos são “atores” (ou actantes, ou atuantes), com capacidade de produzir efeitos no mundo. Neste sentido, atuantes designam seres que nem são puros humanos e nem puros não humanos. A ação é que designa os atuantes (CALLON, 2006), não sendo uma propriedade apenas dos humanos, mas fruto de uma associação entre humanos e não humanos.

Nós nunca estamos diante de objetos ou relações sociais, nós estamos diante de cadeias que são associações de humanos (H) e não humanos (NH) (...), cadeias que parecem assim: H-NH-H-NHNH-NH-H-H-H-H-NH (onde H representa um atuante identificado como humano e NH como não humano). Naturalmente, um conjunto H-H-H assemelha-se a uma relação social, enquanto um conjunto NH-NH-NH assemelha-se a um mecanismo ou uma máquina, mas a questão é que ambos estão sempre integrados em cadeias mais amplas. (LATOUR, 1991:101).

Neste coletivo, onde humanos e não humanos estão mesclados (LATOUR, 2001), os atuantes não humanos não se restringem a meras ferramentas da ação. Latour e Woolgar (1997) propõem uma simetria generalizada – último princípio metodológico - a ser explorada entre sujeitos e objetos: os humanos criam objetos interferindo diretamente sobre eles, mas estes objetos, também, interferem nas formas de viver, de ser e estar no mundo dos homens. A simetria generalizada nos propõe a entender que “não há de antemão o mundo das coisas em si de um lado e o mundo dos homens entre si de outro, pois natureza e sociedade são ambos feitos de redes heterogêneas” (FREIRE, 2006:49).

Para compreensão deste fundamento Latour (2001:205-208) sugere o exemplo da arma de fogo, com duas linhas de argumentação opostas. Na primeira, defensores da proibição da arma de fogo diriam: “armas matam pessoas”. A arma (Agente A) é uma ferramenta que altera o comportamento de quem a porta. Na segunda proposta, dos

favoráveis ao uso das armas, as armas são ferramentas neutras e que a ação depende das intenções de quem a possui (Agente B).

Contudo, Latour (2001) nos apresenta outra via, na qual um terceiro agente surgiria da união da pessoa e da arma (Agente C), com um terceiro objetivo que não corresponde ao objetivo de nenhum dos agentes anteriores. Desta maneira, pode-se argumentar que a arma modifica o atirador na mesma medida em que o último transforma a primeira.

Emergem do exemplo acima, as noções de intermediário e mediador. De acordo com Latour (2006:58), um intermediário é o que transporta significado ou força sem transformação: definir suas entradas é o suficiente para definir as suas saídas, isto significa, que quando você liga um carro, você sabe o que vai acontecer, não é necessário saber como isto acontece. Artefatos tecnológicos (computadores, internet, etc.), são considerados estáveis (estabilizados), ou caixas-pretas, não sendo problematizados, ou seja, as identidades dos componentes das redes desaparecerem em favor da própria rede.

Por outro lado, para os mediadores “Suas entradas nunca permitem uma boa previsão de suas saídas: a especificidade deles deve sempre ser considerada. Os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que eles esperam carregar” (LATOURE, 2006:58). Um mediador é sempre capaz de mobilizar, modificar, potencializar ações dentro de um universo, de uma rede constituída de uma heterogeneidade de mediadores (MALLMANN, 2010). Na ocorrência de qualquer ação dos diferentes atores envolvidos, é indispensável à mediação, “a criação de um vínculo que não existia e que, até certo ponto, modifica os originais” (LATOURE, 2001: 206).

Quando são considerados mediadores, os artefatos são vistos em sua complexidade, são problematizados. As suas particularidades influenciam na construção do fato e, portanto, devem ser consideradas na análise do mesmo. Quando são considerados intermediários, ou caixas-pretas, a multiplicidade dos artefatos podem ser secundarizados na análise, porque eles são apenas um meio para atingir um objetivo maior.

O conceito de caixa-preta é utilizado pela TAR quando um objeto é considerado por demais complexo, mas, também, quando as conexões entre as diversas entidades são tão fortes que elas desaparecem e não são mais problema. Este conceito nos permite entender a realidade como uma construção em camadas, um processo de endurecimento da vida em certezas, as quais dependem de amarrações que produzem uma solidificação de um determinado acontecimento¹².

Law (1992) argumenta que um objeto, um fato pode ser visto, metaforicamente, ou como um verbo ou como um substantivo. O verbo indica algo que está acontecendo, dinâmico e inacabado. Ao passo que os substantivos remontam algo estático, institucionalizado, acabado.

Objetos e fatos começam a ganhar solidez quando passam a não ser problematizados, sem maiores controvérsias, formando uma legião de aliados que os ratifica. As controvérsias, por sua vez, constituem disputas entre posições, pontos de vistas, deste algo que está em jogo (CALLON, 2006). A controvérsia precede o aparecimento de uma inovação, de uma mudança, pois, sempre que uma afirmação ou teoria encontrar alguma oposição, será empurrado para o questionamento, entrando assim, em um ambiente de controvérsias, em uma batalha, que possibilita a abertura da caixa-preta.

Identificar as controvérsias permite rastrear e observar o fluxo das redes. O movimento das redes constitui jogos de interesse, onde os porta-vozes lançam mão de suas estratégias visando estender e intensificar sua influência, seja na defesa de um fato ou contrário a ele (FIGUEIRÓ et al., 2011).

As controvérsias vão se traduzindo em eventos que partindo de um movimento de desestabilização, de uma caixa-cinza¹³, vão se fechando em uma nova estabilidade, em uma nova caixa-preta, onde novos deslocamentos tomam o lugar das anteriores, novos porta-vozes são ouvidos e novas controvérsias são possíveis (CALLON, 1986).

¹² Isto é, ao analisar nos dias atuais a fertilização *in vitro*, por exemplo, diversas questões são discutidas, mas não o formato do DNA, pois em 1953, Watson e Crick definiram o modelo de dupla hélice do DNA e toda a comunidade científica concorda com esta afirmação. Esta camada já é uma certeza.

¹³ Condição de um artefato ou fato que ainda não conseguiu se estabilizar (NOBRE 2010).

A solidez de um fato depende sempre de todos aqueles que o mantêm em movimento – tanto humanos como não humanos – e formam uma legião de aliados interligados. Vemos um verdadeiro exército alinhado para a batalha. Porém, sempre que um fato encontrar alguma oposição, algum obstáculo em sua circulação, será empurrado para a “falsidade”. A tentativa, aqui, é de que alguns aliados traiam seus porta-vozes. Muitas vezes encontraremos, nesse momento, um ambiente de controvérsias. Entraremos em uma batalha dos fatos, que possibilita a “abertura” de uma caixa-preta (NOBRE 2010).

O fechamento em uma nova caixa-preta é fruto do processo de construção de cooperação, através do qual as controvérsias são resolvidas, ou seja, a operação de tradução possibilita que os atuantes procurem engajar outros para que eles acreditem na caixa-preta, isto é, nas suas afirmações, teoria, fatos. Tenta-se evitar que outros atuantes transformem-na a ponto de torná-la irreconhecível (LATOUR, 2000).

A tradução implica em similaridade e em diferença: algo se mantém e ao mesmo tempo, algo se desloca e se modifica. A busca de constância apontará para as semelhanças, para a manutenção de um padrão, mas o próprio movimento de tradução implicará em deslocamentos, modificações, rupturas e aproximações que podem fazer emergir o novo (LAW, 1992). Estas novas operações de tradução podem contribuir para modificar, transformar, contradizer ou ao contrário, reforçar as traduções anteriores. Quer dizer, o processo de tradução possibilita a modificação ou estabilização da rede que se constitui de um universo de atuantes (CALLON, 2006).

3.3. Intervenção de saúde a partir da Teoria do Ator-Rede

A partir deste referencial buscamos definir uma intervenção de saúde como um sistema de ações que operam como RST que produzem inovações, criam e reconfiguram as ligações entre atuantes (FREIRE, 2006; AUBRY e POTVIN, 2012). Entende-se que a intervenção em estudo é composta por processos de tradução onde os diferentes “actantes” tratam de impor sua particular definição dos fatos e, portanto, onde se negociam e acordam de maneira constante a identidade dos próprios atores, as possibilidades de interação e as margens de manobra respectivas.

Este processo de negociação para viabilizar uma proposta permite reconfigurações, ou como nos demonstra Latour (2001; 106) “Há aí uma deriva, um deslizamento, um deslocamento que, dependendo do caso, pode ser ínfimo ou

gigantesco”. Estas transformações que criam as controvérsias ou são geradas por elas, produzem um movimento de desestabilização, que se expressa em um circuito de mediadores e que, de tradução em tradução, tecem a realidade. Este processo denominamos de eventos críticos (FIGUEIRÓ et al., 2011).

Assim, as controvérsias se traduzem nos eventos críticos, bem como os eventos críticos se transladam nas controvérsias, não existindo uma direcionalidade causal entre a controvérsia e o evento-crítico, o que se observa é a mobilização de uma rede de atuantes na consolidação ou não de uma intervenção.

Com base na Teoria Ator-Rede, entendemos intervenção de saúde como RST, onde os actantes humanos e não humanos (pessoas, grupos, conhecimentos, instrumentos, e natureza) agem de forma flexível e dinâmica para criar atividades e eventos que suportam as funções de transformação de uma intervenção. A intervenção tem por natureza uma dimensão coletiva, apenas sendo viabilizada através da conjugação de interesses e mobilização de um grande número de aliados.

Esta dinâmica complexa das intervenções de saúde pode ser capturada a partir dos eventos críticos, que se constituem como um instrumento analítico que permitirá reconstruir e analisar a evolução das intervenções. Entende-se que os eventos críticos possibilitam uma compreensão simplificada da realidade, e que para isto categorias analíticas serão utilizadas para esta aproximação da realidade.

Eventos são unidades de observação relevantes, e tem sido definido por Pluye et al. (2005) como elementos em sequência com ordenamento geralmente temporal, podendo ser qualquer coisa, desde uma fusão a um aperto de mão. Figueiró et al. (2011) baseando-se na teoria da tradução, afunila para o conceito de evento crítico, sendo diferente dos eventos, os quais reforçam as rotinas e perpetuam os sistemas na estabilidade. Os eventos críticos seriam fruto das controvérsias, situações que produzem um movimento de desestabilização da rotina e que se expressam a partir das interações e das diferentes perspectivas dos atuantes na evolução das intervenções.

Os eventos críticos são compreendidos como eventos geradores de mudanças, os quais permitem explicitar as transformações ocorridas em uma intervenção de saúde.

Estes eventos críticos obrigam a rede de atores a renegociar interesses distintos, levando a movimentos de desestabilização que podem levar a solidez ou ruptura das intervenções (FIGUEIRÓ et al., 2011).

No entanto, acredita-se que o processo de estabilização se produz graças a um conjunto de fatores estratégicos os quais são entendidos como situações onde os atores constroem estratégias, e agem de maneira a estabilizar a intervenção. Enquanto as controvérsias expressam diferentes pontos de vista e interesses divergentes por parte dos atores (FIGUEIRÓ et al., 2011), os fatores estratégicos fortalecem a intervenção, a partir das interações estratégicas dos atores envolvidos, que são expressos pela convergência de interesses.

Esta negociação entre interesses na evolução da Intervenção passa frequentemente pela construção de novos atores¹⁴ e de novos interesses. Tais relações produzem-se, então, por interações, negociações e adaptações, construindo-se pouco a pouco novas redes (CALLON, 1986). Assim, eventos críticos são produzidos através da interação e mediação dentro da RST e deixam vestígios observáveis ao longo da trajetória da intervenção. Sugere-se que os eventos críticos são marcadores da evolução da intervenção (POTVIN e CLAVIER, 2012), os quais serão utilizados para compreender como as intervenções evoluem ao longo do tempo.

Algumas categorias apresentaram-se como potenciais para a análise dos dados. Estas categorias foram apresentadas acima, pois foram definidas com base na Teoria do Ator Rede, são elas: **actants** - “o segredo é definir o ator com base naquilo que ele faz [...]” (LATOUR, 2001: 346); **interesse** – conjunto de dispositivos (estratégias) pela qual uma entidade tenta impor e estabilizar a identidade dos outros atores (CALLON, 1986); **ações** – operações pelas quais os enunciados são colocados em relação (CALLON, 2006:235); **interações** - Apontam as relações, alianças, conexões com outras redes, produzindo fatos, inscrições visando o êxito do seu projeto (POTVIN e CLAVIER, 2012); **mediação técnica**: Processo que implica uma transformação de uma situação e não uma simples interação entre elementos já constituídos e ainda menos uma

¹⁴Construção de novos atores, não é literal, mas em função dos mesmos mudarem suas identidades durante a tradução.

circulação de um elemento de um pólo para outro. “Os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que eles esperam carregar” (LATOUR, 2001: 351); **inscrições**: “todos os tipos de transformação que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento, num pedaço de papel, num traço” (LATOUR, 2001: 350); **lugar**: o espaço de transformação (POTVIN E CLAVIER, 2012); **temporalidade**: tempo no qual os atores se mobilizam, pois toda realidade social se compreende em uma dimensão temporal (POTVIN e CLAVIER, 2012).

Deste modo, utilizaremos a TAR para análise da sustentabilidade buscando seguir as informações por meio da rede de atuantes que configura a Estratégia Saúde da Família do município baiano, descrevendo seus enredos, suas ações, e translações através dos eventos críticos.

4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

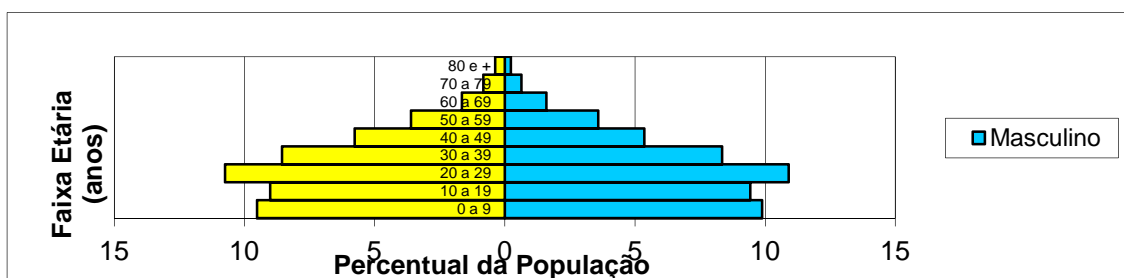
4.1. Características do caso selecionado

O município selecionado fez parte dos casos investigados no estudo “Estratégias de institucionalização das intervenções inovadoras em matéria de equidade em saúde” e foi considerado como caso exemplar, pois a intervenção tem se concretizado num espaço articulado de reconhecimento de interesses comuns entre os indivíduos envolvidos: gestores, profissionais de saúde, usuários e lideranças da população. Mesmo entendendo que esta intervenção possui influências do nível nacional e estadual, esta dinâmica de negociações, mediações e controvérsias no nível local tornou a Estratégia Saúde da Família do município baiano uma experiência única e inédita, sendo a apreciação desta o foco deste trabalho.

O Município localiza-se na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, e encontra-se a 45 km da capital. Apresenta população estimativa de 275.575 habitantes (IBGE, 2014), tendo sua ocupação associada ao processo de industrialização desenvolvido pela implantação de refinaria e a instalação de Complexo Petroquímico, na década de 70 (MEDINA et al., 2008).

Observando-se a distribuição da estrutura populacional, em relação ao sexo, destaca-se, o predomínio das mulheres em relação aos homens, com 122.266 mulheres e 120.704 homens (IBGE, 2014). A pirâmide etária apresentada abaixo indica o processo de envelhecimento da população evidenciado pelo estreitamento da base da pirâmide populacional e alargamento do seu ápice. Mudanças, também em andamento na Bahia e no Brasil.

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população do município baiano em 2010, por sexo



Fonte: IBGE, 2014.

Os dados socioeconômicos do município baiano guardam contradições semelhantes às observadas no restante do país. Em 2010, o município atingiu a segunda posição entre os municípios com maior renda per capita da Bahia e a sexta posição entre os municípios com melhor Índice de Desenvolvimento Humano no Estado, sendo educação, um dos responsáveis pelos melhores índices do município. Em contraponto, indicadores de desigualdade revelam a elevada concentração de renda e as péssimas condições de vida de parcela expressiva de sua população (DATASUS, 2014) (Tabela 1).

Quanto às condições sanitárias, embora melhores que na Bahia como um todo, o município baiano apresenta precariedade em relação a abastecimento de água, ligação à rede de esgoto e coleta de lixo. Esses fatores se constituem em importante fator de risco para doenças infecciosas e parasitárias, que convivem com agravos relacionados à violência e doenças crônico-degenerativas. Estes dois últimos componentes sendo os responsáveis pela maior proporção de óbitos no município (Tabela 1).

Ainda em relação aos indicadores epidemiológicos, a taxa de mortalidade infantil é inferior à apresentada no Estado (23,1/1000 nascidos vivos), bem como a expectativa de vida que foi de 72,2 anos, em 2010.

Em relação à organização do sistema de saúde, o município apresenta uma rede complexa de serviços de saúde, composta por unidades privadas (113) e públicas (67). Predominam os serviços especializados no município, em sua maioria privados. Observa-se ainda, a rede básica de serviços de saúde é composta por 39 unidades de saúde, sendo que destas, 30 são unidades de Saúde da Família (Tabela 2).

Observa-se em relação aos indicadores relacionados a despesas com saúde do município, que a despesa total com saúde por habitante do município baiano, nos últimos anos foi ascendente, existindo um acréscimo de R\$ 52,67, entre 2009 e 2010.

Quanto ao contexto político, o município tem sido administrado desde 2004 por partido de esquerda, com amplo apoio do legislativo municipal.

Quadro 1 - Características sócio-demográficas, sanitárias, epidemiológicas, políticas e de organização do sistema de saúde no município baiano

Indicadores	Valores aproximados
População (hab.)	275.575
População menor de 29 anos (%)(2010)	56,5
Densidade populacional (hab./km ²)	319
Extensão territorial (km ²)	759,80
Taxa de ocupação do espaço urbano (%)	95,5
Renda per capita	R\$ 527,75
IDH (2010)	0,69
% da pop > 25 anos analfabeta	9,7
% de pessoas vivendo com a renda menor que ½ salário mínimo	41,82
% de pessoas vivendo com renda menor que ¼ salário mínimo	17,49
Índice de Gini (2010)	0,54
% de domicílios sem abastecimento de água da rede geral	10,5%
% de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto	30,5%
% de domicílios sem coleta pública de lixo	15,8%
% da população vivendo em habitações subnormais	4,4
Mortalidade proporcional (%)	Causas externas (25,4) D. do aparelho circulatório (24,4)
Taxa de mortalidade infantil	17,4/1000NV
Esperança de vida ao nascer	72,9 anos
Gasto com saúde per capita (2013) (R\$)	524,85
Continuidade administrativa da prefeitura	2004-2014
Alianças político-partidárias estáveis	Sim

Fonte: DATASUS, 2014/IBGE, 2014.

Quadro 2-Descrição dos estabelecimentos de saúde no município baiano, em 2013

Descrição	Nº estabelecimentos	% em relação ao total
Central de regulação médica das urgências	1	0,56%
Centro de atenção psicossocial	1	0,56%
Centro de saúde/unidade básica	39	21,67%
Clinica/centro de especialidade	59	32,78%
Consultório isolado	41	22,78%
Hospital especializado	1	0,56%
Hospital geral	3	1,67%
Policlínica	9	5,00%
Pronto atendimento	5	2,78%
Secretaria de saúde	1	0,56%
Unidade de apoio diagnose e terapia	10	5,56%
Unidade mista	5	2,78%
Unidade Móvel terrestre	1	0,56%
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	4	2,22%

Fonte: Bahia, 2014.

4.2. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de caso em um município baiano, onde foi realizada uma etnografia da Estratégia Saúde da Família, ou seja, o estudo da trajetória da intervenção a partir do estudo empírico detalhado das atividades cotidianas dos atores (LATOURE e WOOLGAR, 1997; BISSET e POTVIN, 2007), cuja unidade de análise são os eventos críticos.

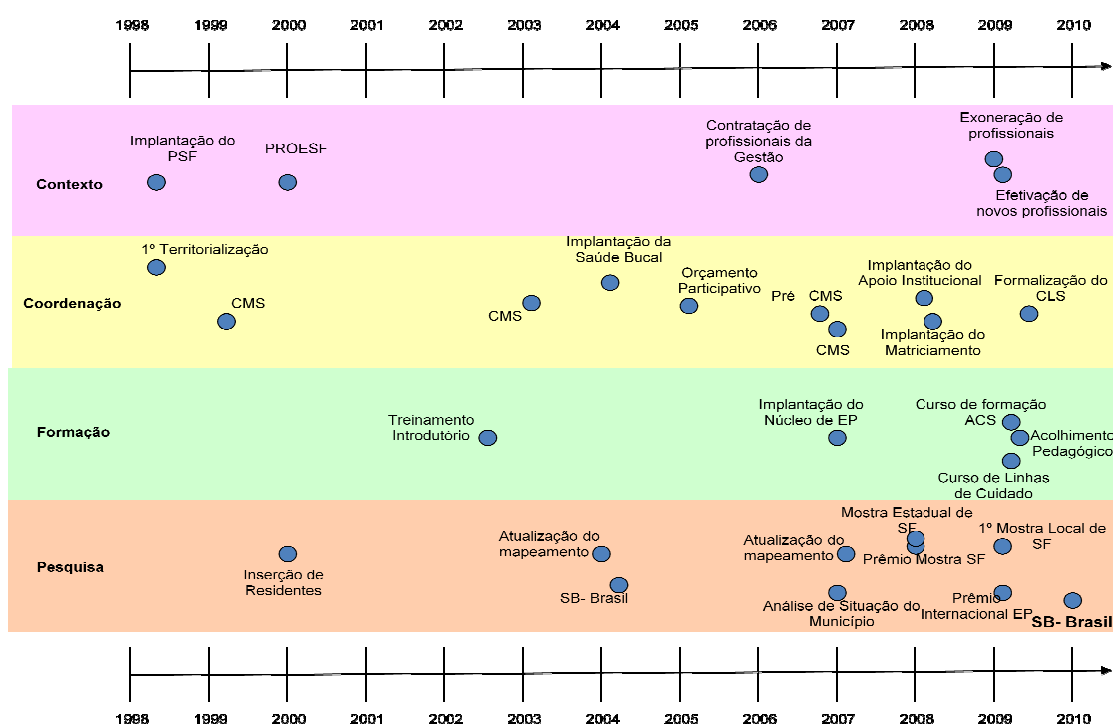
A Teoria do Ator Rede forneceu o embasamento conceitual e teórico para definição das categorias, tornando possível a descrição de cada evento crítico.

4.3. Produção dos Dados

Na produção dos dados foram consultadas na identificação dos eventos críticos: documentos oficiais, informes, notícias, documentos acadêmicos, oficinas com representantes do município e entrevistas com informantes-chave.

Inicialmente, foram definidos alguns documentos que serviriam como ponto de partida para construção de cartografia preliminar da intervenção (Figura 1), que consiste na identificação, análise e disposição em uma linha do tempo de todos os eventos que tiveram importância fundamental na trajetória da ESF do município baiano, isto é, que produziram uma controvérsia (CALLON, 1986). A construção da linha do tempo inicial teve como base uma lista de documentos de pesquisa anterior (MEDINA et al., 2008). A leitura dos documentos apresentados nesta pesquisa anterior possibilitou a busca e leitura de outros documentos, os quais foram lidos em ordem cronológica, no intuito de ordenar a construção da genealogia (ANEXO A).

Figura 1- Linha do tempo inicial de todos os eventos que tiveram importância fundamental na trajetória da ESF do município baiano



Após a elaboração da linha do tempo inicial, foram realizadas quatro oficinas de trabalho com representantes dos três eixos de análise do projeto (pesquisa, ensino e coordenação intersectorial) com intuito de apresentar a linha do tempo inicial a ser

discutida com os informantes-chave da pesquisa, além de discutir os possíveis eventos críticos na trajetória da Estratégia Saúde da Família e identificar os possíveis informantes-chave a serem entrevistados. As oficinas aconteceram respectivamente, nos dias 15 de junho de 2010, 3 de agosto de 2010, 5 e 6 de agosto de 2010 e 20 de agosto de 2010 e contaram com a participação de quatro representantes da gestão municipal, na primeira, dois representantes da gestão do município, na segunda, quatro representantes da gestão e três profissionais dos eixos “formação” e “pesquisa”; e a última oficina que contou com a participação de dois representantes da gestão municipal.

Os informantes-chave foram selecionados nesta etapa segundo seu protagonismo na intervenção e sua vinculação a um dos três eixos. Foram entrevistados dez informantes-chave, sendo quatro do eixo da coordenação intersetorial; quatro informantes do eixo formação; e dois do eixo pesquisa.

Serviram como guia nas entrevistas um roteiro (APÊNDICE A) e a linha do tempo inicial, de modo a apoiar a descrição da trajetória da intervenção pelos entrevistados. Os entrevistados foram orientados a rememorar aspectos relevantes da intervenção com o intuito de traçar nova “linha do tempo” da Estratégia Saúde da Família do município baiano, isto é, a distribuir cronologicamente os acontecimentos relativos à evolução da Estratégia, cujos limites no tempo seriam o momento da implantação da Estratégia no município (1998) e o momento da coleta de dados, estabelecido como ponto de corte o mês de agosto de 2010.

As informações produzidas foram analisadas, permitindo a definição dos eventos críticos. Observou-se, entretanto, a existência de lacunas na trajetória da intervenção, o que nos levou a nova rodada de entrevistas. A segunda etapa do campo foi realizada com a seleção de quatro novos informantes, com base em indicações dos entrevistados no primeiro bloco de entrevistas.

Estas entrevistas semiestruturadas foram guiadas por novo roteiro (APÊNDICE B). Ao todo foram entrevistados catorze sujeitos da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, totalizando 18 horas e 23 minutos de entrevistas e 215 páginas de transcrições. A relação dos entrevistados com algumas de suas características é apresentada no Apêndice C.

4.4. Processamento e análise dos dados

Seguindo a perspectiva da análise qualitativa (PAILLÉ e MUCCHIELLI, 2003), todas as entrevistas foram lidas, no intuito de acompanhar passo a passo o que as informações traziam, procurando pistas sobre um “fio”, tal qual o “fio de Ariadne¹⁵” (LATOIR, 1994), pelo qual fosse possível nos conduzir por seus trajetos.

As categorias utilizadas para a análise dos dados foram definidas com base na Teoria do Ator-Rede, conforme explicitado no capítulo do referencial teórico. Foram elas: a) **Ator/Atuante**; b) **Interesses**; c) **Interações**; d) **Mediação técnica**; e) **Ações**; f) **Inscrição**; g) **Temporalidade**; h) **Lugar**; e i) **Consequências**¹⁶. O quadro abaixo apresenta a definição e descrição de cada uma das categorias utilizadas neste estudo para análise dos dados (QUADRO 3).

Quadro 3 – Categorias analíticas e suas definições e operacionalização

Categorias	Definição	Operacionalização da categoria
ATORES / ATUANTES	Entidades humanas e não humanas dotados de autonomia e capacidade de construir estratégias relacionadas com a situação em que se encontram e em relação aos seus interesses.	Trata-se de um ente que se constitui na ação. Não pode ser previamente definido, pois eles serão diferentes em cada intervenção. Sugere-se que fuja da ideia de ator esperando a hora certa de entrar em cena. É importante identificar os “atuantes em ação”. Nesta intervenção alguns destes atuantes são: os próprios entrevistados, indivíduos que participaram da construção do evento, os conhecimentos trazidos, a Organização na qual a Estratégia está inserida, etc.

¹⁵ Conforme a mitologia Teseu, um jovem herói ateniense, recebeu de Ariadne, a filha do rei Minos, um novelo que deveria desenrolar ao entrar no labirinto, onde o Minotauro vivia encerrado, para encontrar a saída. Teseu adentrou o labirinto, matou o Minotauro e, com a ajuda do fio que desenrolara, encontrou o caminho de volta.

¹⁶ Esta categoria foi incorporada compreendida como o resultado dos eventos críticos

INTERESSE	Expressam os princípios subjacentes ao comportamento de atores, cujas estratégias dependem de seus próprios interesses e recursos, bem como as estratégias e táticas adotadas por outros atores no contexto.	Aquilo que está em jogo entre os atores e seus objetivos. Quando o ator procura maximizar ganhos e minimizar as perdas, ao custo de conflitos, negociação, cooptação, integração, etc.
INTERAÇÕES	As interações são as relações estabelecidas entre os atores que trabalham na emergência e estabilização da rede.	As associações produzidas pelos atores na rede possibilitam um emaranhado de conexões que podem ser visualizadas em alguns momentos na intervenção, quando uma entidade se aproxima de outra e forma um pequeno vínculo. Nesta intervenção a relação entre a Estratégia e a universidade ou ainda, entre a estratégia e as demais secretárias do município.
MEDIÇÃO TÉCNICA	A mediação é entendida como um processo, e não apenas a circulação de informação ou recursos.	Implica em uma transformação de uma situação, modificando o significado alterando as relações.
AÇÕES	São as práticas, atividades e processos dos atores na emergência, implementação e estabilização de um evento crítico.	Práticas realizadas pelos atores que impactaram nas intervenções.
INSCRIÇÕES	Trata-se de "todos os tipos de transformação que dão uma forma material a intervenção".	Sinais, arquivos, documentos, pedaço de papel, traços. Pode-se entender como as pistas deixadas na trajetória da intervenção.
LUGAR	São os locais onde os eventos são produzidos. Eles podem ser os espaços dentro de uma organização, onde as decisões são tomadas, lugares onde os profissionais trabalham ou os espaços de participação social, ocupados por organizações sociais ou comunitárias envolvidas no evento.	Localização onde se passa o evento, podendo ser espaços organizacionais ou delimitações geográficas.
TEMPORALIDADE	É o tempo transcorrido desde o aparecimento do evento, até sua estabilização. O tempo de um evento permite a constituição de um cronograma que tem o potencial para mostrar relações causais entre eventos.	Pode ser representado por um ponto em uma linha cronológica ou por um período.

CONSEQUÊNCIAS	São os resultados dos eventos críticos, aquilo que se produziu após a controvérsia, podendo ser a reestabilização ou a ruptura da intervenção. As consequências expressam as mudanças na intervenção.	Identificação dos fatos ou processos que resultaram na ruptura ou consolidação da intervenção. É nas consequências que se observa o resultado dos fatores estratégicos..
---------------	---	--

Foi elaborado um instrumento para a sistematização dos eventos críticos contendo as categorias descritas acima, apresentado no Apêndice D. Este processo foi possível com o auxílio da linha do tempo inicial, a definição preliminar dos eventos críticos apresentados aos informantes, as categorias conceituais, as notas de campo e a transcrição das entrevistas dos catorze informantes, dando início a uma redefinição dos eventos críticos, objetivando incorporar o olhar do entrevistado sobre os mesmos. A redefinição dos eventos críticos foi subsidiada pela leitura consecutiva das catorze entrevistas transcritas, as quais foram submetidas a diversas formas de marcação (GRAWITZ, 2001), buscando identificar unidades de significação, confirmação das categorias, e conseqüentemente, os próprios eventos críticos.

Este processo de análise das entrevistas possibilitou a confirmação ou exclusão dos eventos críticos na linha do tempo, além das descrição dos mesmos com base nas categorias analíticas. Foram considerados eventos críticos pela autora desta pesquisa aqueles que foram descritos detalhadamente pelos entrevistados, que possuíam uma controvérsia envolvida, cujas conseqüências claramente produziram mudanças na Intervenção.

Observou-se no processo de análise dos dados que os eventos críticos não se distribuía nos eixos definidos previamente, mas, sim, que havia uma relação dos eventos críticos com o eixo de coordenação, demonstrando que é neste espaço que, de fato, acontecem as controvérsias. Como conseqüência, os eixos não foram utilizados para descrição dos resultados da pesquisa.

Finalmente, os eventos críticos foram validados¹⁷ pelos informantes. Na primeira etapa, os resultados preliminares da pesquisa foram consolidados e encaminhados, via

¹⁷ A validação dos resultados da pesquisa tenta determinar se os resultados são acurados do ponto de vista do pesquisador e dos participantes (CRESWELL, 2007), objetivando, através de uma pluralidade de olhares e não apenas a observação do pesquisador, um consenso racional por parte de todos os

e-mail, aos informantes-chave, através de um instrumento de aferição do grau de concordância dos eventos críticos da Estratégia Saúde da Família do município baiano (APÊNDICE E) contendo um instrutivo de preenchimento, a linha do tempo atualizada e duas matrizes agrupadas, que contava com os eventos críticos, suas sínteses e a pontuação a ser atribuída pelos informantes.

As informações dos informantes-chave foram consolidadas em uma matriz de validação de resultados preliminares e subsidiaram a discussão da segunda etapa da conferência de consenso. Esta foi realizada presencialmente, com a presença dos informantes, sendo a etapa gravada, via vídeo.

A terceira etapa da validação foi realizada, via e-mail, encaminhando-se a matriz final para aferição do grau de concordância dos eventos críticos da Estratégia Saúde da Família do município baiano (APÊNDICE F), no intuito de observar a importância de cada evento crítico para a sustentabilidade da Intervenção e observar a necessidade de alterações após a discussão presencial. As informações recebidas após validação dos entrevistados foram sistematizadas por evento crítico e subsidiaram a construção da trajetória final da Intervenção.

4.6. Questões Éticas

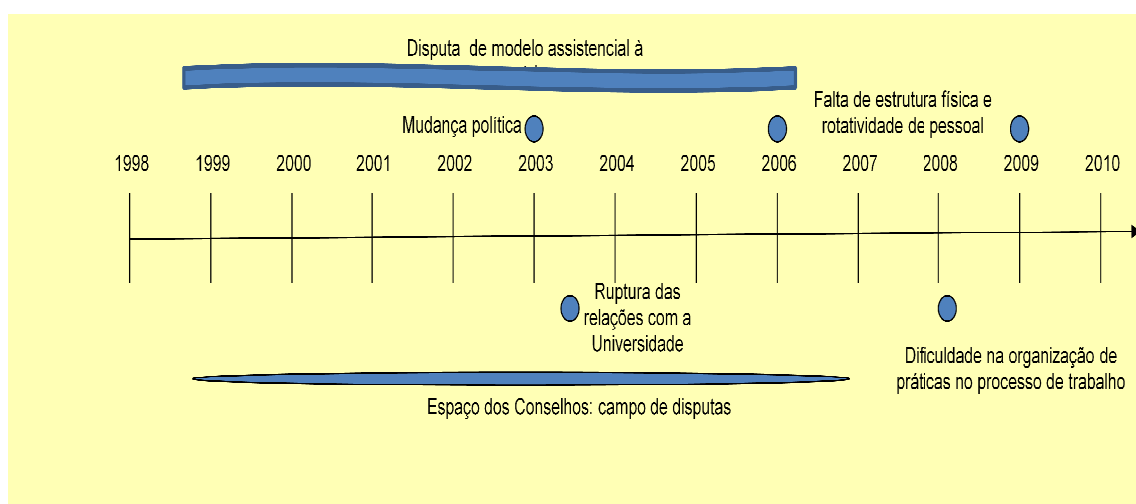
Na realização deste estudo, foram atendidas todas as recomendações éticas constantes da Resolução 196, sendo a pesquisa aprovada pelo CONEP (em 23/03/2011, registro CONEP 16359/2011), além de aprovação pelo Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine/Université de Montréal (em 05/10/2010, registro CERFM 2010-11#406). As entrevistas foram aplicadas mediante assinatura de Termo de consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), sendo garantidos o anonimato e sigilo das informações relativas a cada indivíduo.

participantes da pesquisa. O processo de validação foi desenvolvido em três etapas, utilizando-se uma adaptação da técnica de conferência de consenso (SOUZA et al., 2005).

5. RESULTADOS: A TRAJETÓRIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município de estudo no ano de 1998, quatro anos após a criação nacional da ESF (BRASIL, 1994). Ao traçar a genealogia da Intervenção no município, entre 1998 e 2010, podemos identificar a ocorrência de seis eventos críticos, os quais representam rupturas importantes na história da Estratégia. Tais eventos foram: (1) Disputa de modelos assistenciais à saúde; (2) Entrelaçamento das ações populares com a política local; (3) Mudança política; (4) Ruptura das relações interorganizacionais; (5) Falta de estrutura física e Rotatividade de pessoal; (6) Dificuldade na organização de práticas no processo de trabalho. (Figura 2).

Figura 2 - Linha do tempo dos eventos críticos da Estratégia Saúde da Família em um município baiano



Ao mesmo tempo em que se observaram estes seis eventos críticos que compreendem controvérsias importantes que aconteceram durante a vida da intervenção, entende-se que um conjunto de fatores estratégicos definiu a sua reconfiguração e as condições de sua sustentabilidade no período estudado. Foram eles: Ativação da rede de aliados; Reuniões e atividades educativas; Benefícios percebidos pelos membros da comunidade; Mobilização de atores chaves; Presença de ator chave; Compatibilidade da intervenção com a visão do governo; e Restabelecimento da relação interorganizacional.

Estes eventos críticos, bem como os fatores estratégicos serão apresentados através da narrativa da trajetória da intervenção, contendo ao final de cada evento crítico uma síntese desta narrativa (Apêndice G).

Evento crítico 1 – Disputa de modelos assistenciais à saúde¹⁸

Em 1998, foi inaugurada a primeira USF do município baiano, após decisão da gestão da saúde local, com apoio da Secretaria de Saúde Estadual e do Ministério da Saúde. Vários dos entrevistados elucidaram os critérios que foram utilizados para a tomada desta decisão, como se pode perceber pelos trechos reproduzidos a seguir:

“Basicamente a gente estudou a proposta que estava vindo do Ministério, a Secretaria de Saúde do Estado, também, tinha interesse de colocar aqui na Bahia e eu lembro que a gente definiu o projeto piloto que foi a unidade 1¹⁹” (Pink).

“Essas áreas de mais dificuldade de acesso, a gente resolveu fazer um projeto piloto e implantar um Estratégia Saúde da Família [...] Então, essa primeira unidade foi na orla, que é já limite do município baiano, uma área que tem densidade, mas é uma área já bem distante, de difícil acesso das pessoas para a unidade de saúde. Então foi implantada primeira uma equipe como projeto piloto” (Marrom).

Entende-se, portanto que esta decisão foi tomada levando-se em conta que esta área era distante da sede, além do que a população era de baixo poder aquisitivo e apresentava alto risco sanitário. A implantação da Unidade deu-se através de aluguel de um imóvel que foi adaptado para servir como unidade de saúde da família. Em seguida, foi implantada outra USF na localidade 2, área semelhante à Unidade 1 no que diz respeito à distância territorial e características socioeconômicas e epidemiológicas da população residente. Este processo implicou na substituição de Unidade Básica por Unidade de Saúde da Família, mediante reforma das instalações pré-existentes no centro de saúde desta localidade.

Cabe registrar que esse processo implicou em mudanças na organização dos serviços existentes, especificamente a substituição de médicos especialistas que atuavam nas unidades tradicionais por profissionais generalistas, integrantes da equipe

¹⁸ Buscou-se com o nome dos eventos críticos colocar em realce as principais controvérsias existentes na trajetória da ESF do município em estudo.

¹⁹ Todos os nomes das Unidades de saúde foram substituídos para não haver identificação do município.

multiprofissional de saúde da família, que passaram a atuar em uma lógica de prestação de serviços diferente da anterior.

“[...] no momento foi aquele impacto, porque tinha as três especialidades e tal, e a gente tirou só tá incluído o médico generalista (Rosa)”.

“[...] na verdade o que as lideranças daquela comunidade queriam era a instalação de um Posto de Saúde e aí, a gente vai e coloca uma Estratégia de Saúde da Família, aí houve um pouco de dificuldade, do entendimento da população, até ela ver que benefícios ela estaria tendo com a Estratégia da Saúde da Família” (Marrom).

A substituição de um “modelo assistencial” pautado na atenção à demanda espontânea, isto é, na assistência a doentes que procuravam o serviço de saúde, por uma forma de organização do processo de trabalho que implicava na oferta organizada de serviços em função da análise da situação de saúde da população do território segundo preconizado pela Estratégia, causou certo impacto negativo na população. Houve insatisfeita com a mudança na lógica de atendimento, bem como provocou certa tensão entre os próprios profissionais de saúde que passaram a comparar as distintas lógicas prevalentes nas unidades tradicionais e nas USF.

A população insatisfeita com a Estratégia adotada para prestação de atendimento nas unidades de saúde começou a pressionar as lideranças locais para reverter o processo em curso. No entanto, a gestão local apostava na intervenção, pois isto significava maior apoio do governo federal na arrecadação de fundos e na organização dos serviços.

Outro ponto de tensão e conflito, dizia respeito ao grau de autonomia dos profissionais das equipes de saúde da família, que contavam com maior volume de recursos materiais, dispunham de salários diferenciados e trabalhavam em regimes de trabalho mais flexíveis (jornadas de trabalho diferenciadas, em função da distância do local de trabalho).

“Entre os outros profissionais, também nos causou algum transtorno, porque alguns eram cobrados de 15 em 15 minutos, o atendimento de um paciente, a gente fazia aquela programação de agendamento e o pessoal de Saúde da Família, não. Ficava uma coisa mais solta, e isso, também, eu acho que foi uma dificuldade, você mostrar que o trabalho de uma unidade básica era diferente de uma da Unidade de Saúde da Família” (Marrom).

Percebe-se que a iniciativa de implantação da ESF no município baiano se deu em meio à disputa de duas lógicas distintas de organização da prestação de serviços de

saúde. Superar esse confronto entre dois modelos de atenção à saúde convivendo no município requisitou a **ativação da rede de aliados** e constituiu-se no primeiro dos fatores estratégicos responsáveis pela consolidação da ESF nesse período. Esta controvérsia conduziu à necessidade de um processo de negociação entre os atores, envolvendo, em especial, os profissionais de saúde da Intervenção e os gestores locais e estaduais – apoiadores da Estratégia – e lideranças locais, comunidade e profissionais da saúde das unidades básicas – opositores da Estratégia.

Evidências apontam que os profissionais contratados para participar da Estratégia tinham experiência na iniciativa e estavam comprometidos para o sucesso da intervenção. Estes utilizaram como estratégia para apoio à Intervenção, **reuniões e atividades educativas** junto à comunidade para explicar a forma de organização da Intervenção, bem como o desenvolvimento de práticas de alteração do contexto sanitário nas áreas cobertas, a exemplo da área 1 e 3.

As ações educativas realizadas pelos profissionais da Estratégia para a “conscientização da comunidade e lideranças locais” em relação à proposta contou com o apoio dos residentes do Instituto de Saúde Coletiva, que realizavam seu estágio no município. Estas ações causaram uma alteração positiva da visão da comunidade em relação à Intervenção.

Entrevistados defendem que as ações extramuros realizadas pela equipe repercutiram a favor da intervenção. Marcadamente, a luta pelo saneamento básico na área de abrangência da equipe e a construção de moradias populares foram consequências do trabalho da equipe da Unidade 1.

“Houve esse primeiro impasse, como eu falei, porque mudou, mas como era uma equipe muito comprometida, essa equipe, a gente teve muita sorte quando implantou o projeto piloto porque era uma equipe muito comprometida, eles resolveram realmente usar a Estratégia de saúde da Família ali. Como a questão da intersetorialidade. Eles levaram saneamento básico, uma equipe assim muito dedicada. A gente teve sucesso com a implantação dessa unidade” (Rosa).

Além do trabalho desenvolvido pela equipe o que se percebe é que a Estratégia ganhava força em nível nacional o que impactava no fortalecimento da mesma no âmbito local. Evidências demonstram que a presença dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) a

implantação do Sistema Integrado da Atenção Básica (SIAB), a disponibilização de convênios pelo governo Federal para construção de USF, bem como o apoio técnico do governo estadual na capacitação de profissionais permitiu impulsionar positivamente a Estratégia.

Os benefícios percebidos pela comunidade, assim como a intensificação de recursos para apoio à Estratégia no âmbito estadual e federal, possibilitaram que a ESF se tornasse uma intervenção de interesse da comunidade. Este fato desencadeou um processo de solicitações da comunidade junto a seus representantes locais para implantação da ESF em suas localidades.

Nos anos subsequentes, observa-se o reconhecimento da Estratégia no município como uma experiência exemplar por outras localidades, além da ampliação da Estratégia, com substituição de unidades básicas de saúde por EqSF, ou construção de novas Unidades de Saúde da Família.

Percebe-se que a escolha do local de implantação da Estratégia não se deu em função de critérios de risco ou baseado numa lógica territorializada, como previsto pelas normas da Intervenção. A lógica utilizada para implantação das Unidades de Saúde da Família foi a escolha política, o que pode ser corroborado pela rápida expansão da Estratégia no ano eleitoral com 10 EqSF implantadas naquele ano.

Entrevistados afirmaram que as áreas que tinham representantes políticos da base aliada do gestor local foram contempladas com Unidades de Saúde da Família, no intuito de favorecer alguns políticos locais. Assim, pode-se afirmar que a ESF passou a ser utilizada como espaço privilegiado para angariar votos para as eleições do ano 2000. Essa tática de utilizar a ESF como “trampolim político” foi bastante efetiva, pois se observa que o gestor local de Saúde, em 2000, foi o vereador mais votado naquela eleição, contando com mais de 4.300 votos. Esta marca de votos foi tão impressionante para o município que o vereador passou a ser o mais votado de toda a história do município baiano.

Contudo, as evidências apontam que a resolução da ruptura que ocorreu na Intervenção devido à disputa de modelos de organização de prestação de serviços de saúde, a partir

de estratégias de demonstração de benefícios, bem como a utilização de atividades educativas junto à comunidade, não foi uma solução definitiva. A controvérsia apresentada neste evento crítico apresentou-se ciclicamente na trajetória da Intervenção: uma contradição interna que ora faz emergir uma posição favorável ora desfavorável, da população, com momentos de maior aproximação da comunidade à proposta e, em outros, momentos com solicitações para a ampliação do modelo biomédico.

“Hoje, a gente vai numa reunião, a briga das pessoas em não querer fazer o preventivo com enfermeira, aí eu quero ir pra unidade básica por que quem faz o preventivo é o ginecologista” (Pink).

A lenta implantação da Estratégia pós 2001 trouxe como consequência a fragilização da Intervenção em estudo. Destaca-se que a lógica utilizada para implantação da Estratégia foi baseada em escolha política e não relacionada à estruturação a partir dos preceitos da ESF, como estudo do espaço territorial, com observação do movimento da população em busca dos serviços de saúde, da facilidade de acesso e da existência de meios de locomoção, ou ainda, pela identificação dos equipamentos de saúde existentes.

Relatos demonstram que determinadas populações que conviviam lado-a-lado possuíam cobertura desigual, em função da baixa cobertura da Estratégia e da adscrição da clientela, levando as populações que não estavam em áreas cobertas se sentirem marginalizadas.

Entrevistados apontam que essa implantação pulverizada no município se constituiu um ponto desfavorável para o apoio da Estratégia pela população em outros períodos. No entanto, essa situação não se converteu em uma oposição definitiva da população, pois a mesma continuou a solicitar a implantação das EqSF em muitas localidades, demonstrando que os benefícios advindos favoreceram uma adesão positiva da população com respeito à ESF.

Em síntese, podemos afirmar que a implantação da ESF no município se deu em meio a disputa de dois modelos assistenciais, e que a ativação da rede de aliados, a realização de reuniões e atividades educativas, bem como os benefícios advindos com a implantação da ESF garantiram no período em questão a sustentabilidade da intervenção no município.

Evento crítico 2 :Espaço dos conselhos: campo de disputas

Observa-se que desde o momento da implantação da Estratégia Saúde da Família no município em 1998, a participação da comunidade se fez presente, como foi possível perceber na descrição do evento anterior. Vários dos entrevistados relataram a histórica atuação da comunidade nas decisões municipais e que esta participação se estendia ao setor Saúde.

Compreende-se que esta intensa mobilização popular junto ao setor Saúde teve suas origens muito antes da implantação da Estratégia Saúde da Família e que remontaria aos anos 1980. Neste período foram operacionalizados os princípios do SUDS na gestão da Secretaria de Saúde pós-ditadura militar, conduzidos por uma professora de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Segundo relatos, o município foi o primeiro na Bahia a ter Conselho Municipal de Saúde, sendo naquele período criados os Conselhos Locais de Saúde (CLS) junto às Unidades Básicas em funcionamento naquele momento.

Destaca-se que os Conselhos Locais de Saúde foram implantados, mas tiveram seu regimento interno aprovado no Conselho Municipal de Saúde apenas em 1997, quando já se ventilava, na Secretaria de Saúde do município, a ideia de implantação de projeto piloto de Unidade de Saúde da Família, mostrando uma relação entre a reorganização dos Conselhos Locais e a ESF.

Esta relação entre o setor Saúde e a sociedade se intensificou com a expansão da Estratégia Saúde da Família, podendo ser corroborada pela existência de Conselhos Locais de Saúde (CLS) em todas as oito unidades de Saúde da Família existentes, em 1999.

Cabe a ressalva de que o controle social, naquele período, não se fazia apenas junto às unidades de Saúde da Família, existindo, também, uma participação social organizada junto às unidades básicas e ao Conselho Municipal de Saúde.

“Os Conselhos Locais de Saúde estão implantados em todas as unidades de saúde da rede municipal realizando mensalmente reuniões para discussão e deliberação sobre funcionamento dos serviços nestas unidades, destacando-se a atuação dos conselhos das unidades 1,4, 5 e 6” (RAG).

Nos fóruns de participação social havia interação de diversos grupos sociais, como associação de moradores, associação de pescadores e grupos religiosos, tendo o incentivo à sua consolidação de gestores, trabalhadores e residentes do Instituto de Saúde Coletiva que atuavam na Estratégia.

Evidências apontam que, nesse período, os representantes dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) participavam ativamente na discussão das atividades dos serviços, bem como na deliberação sobre o funcionamento dos mesmos. No entanto, um entrevistado informou da dificuldade em conseguir a participação da população para formalização de alguns Conselhos Locais de Saúde, conforme pode ser inferido no trecho a seguir.

“A gente fez as reuniões, mas não chegou a formalizar o conselho local de saúde. Porque quem se propunha a fazer parte, dizia: ah, hoje eu não posso, que tô na roça. E nunca marcava uma reunião de verdade com todos os membros e aí não foi formado, aí eu lavei as mãos. É aquele negócio, tem que estar os dois lados, se você trabalha para ajudar a comunidade, a comunidade tem que se trabalhar, senão não cresce, se eles não querem, não vou fazer nada. Não podia tomar decisão nenhuma, de dez iam dois. Quando eles resolverem aceitar, forma (os conselhos)” (Bandeira).

A dificuldade na organização dos Conselhos Locais de Saúde em algumas localidades pode ter se dado pelo medo das pessoas que se envolviam com o controle social serem identificadas, e da ‘punição’ possível que esta atuação pudesse implicar. Há indícios de que havia controle das atividades dos conselheiros por parte dos gestores locais e que o descumprimento de questões pactuadas era revertido na desvinculação dessas pessoas em contratos empregatícios com a prefeitura, e também, na intimidação com atrasos salariais para os concursados.

“Agora ele tem aquela posição de eu acho, na minha opinião, né!? De usar a secretaria como espaço de ... é assim até a auxiliar de limpeza é cabo eleitoral do prefeito, então é um clima pesado as pessoas não se sentem a vontade pra falar o que pensam.” (Flicts).

“Um município rico, que muitas vezes fez a divisão da riqueza através da concentração no poder público municipal, na Câmara de Vereadores, que repartia entre as pessoas, e as pessoas criavam muito este elo de dependência, via muito o poder público como aquele que vai garantir seu sustento, que vai garantir isto de diversas formas, que seja pelo emprego, pelo processo de doação, de dependência, enfim...” (Royal).

Outra dificuldade apresentada na consolidação dos Conselhos Locais de Saúde foi a estreita relação entre os conselheiros e políticos locais. Esta interação passou a ser bastante prejudicial à operacionalização da Estratégia, pois teve como consequências

desde a perda de profissionais contratados com posição contrária a interesses políticos dos gestores locais, até a utilização da Intervenção como “palco” para apoio a determinadas questões políticas.

“Porque, como você sabe aqueles conselheiros que tem em certa medida, alguma relação mais próxima com a administração, ele se retrai de tomar decisões de aprovar e apoiar decisões, que confrontem posições da administração.” (Vermelho).

Evidências apontam que as lideranças comunitárias que participavam dos Conselhos Locais de Saúde se utilizaram da Estratégia Saúde da Família como base de apoio a políticos ou à sua própria estabilização no cenário político local, isto é, as reuniões dos conselhos locais de saúde eram espaços de divulgação das plataformas de campanhas políticas que se apropriavam da Estratégia para angariar votos e novos aliados. Assim, a mobilização de populares junto aos conselhos parece ter sido mais efetiva para aqueles que tinham interesses outros que não, prioritariamente, questões relacionadas à saúde.

Como resultado do envolvimento de lideranças com grupos político-partidários, seja da situação, seja da oposição, o espaço dos Conselhos passou a ser um campo de disputa de interesses das questões partidárias, subordinando os interesses da população sobre as questões da saúde.

Em 2002, a saída do prefeito para disputa a cargo no Legislativo estadual causou uma série de problemas no município, que levou a desorganização das atividades na área da Saúde e, conseqüentemente, à ESF. O que se observou foi o esvaziamento dos conselhos em função do desinteresse dos atores envolvidos no processo, que deixaram de perceber esse espaço como uma ‘porta’ para o desenvolvimento de estratégias de poder.

Observa-se, assim, a extinção de alguns Conselhos Locais e/ou descontinuidade de funcionamento de outros. Esse processo de ruptura só seria revertido nos anos seguintes, com o interesse do gestor local e a presença de alguns atores chaves na reconfiguração do apoio à participação comunitária.

A ação de valorização da iniciativa popular por parte do Executivo municipal pode ser vislumbrada pela criação de outro fórum de participação popular, o orçamento participativo, que foi implantado em 2005. Este foi constituído com representantes de

30 localidades no município, numa perspectiva de discutir temas diversos, dentre eles a saúde.

Identifica-se que a **mobilização de alguns atores**, um conjunto de cinco profissionais com experiência na ESF e amplo conhecimento em relação às diretrizes e operacionalização da Intervenção, ingressaram na gestão municipal (dois profissionais) e nas Equipes de Saúde da Família (dois médicos sanitaristas e um dentista sanitarista), entre 2005 e 2006. Estes atores, dois militantes do partido dos trabalhadores e todos com especialização em Saúde da família permitiram reconstrução e capilarização das ideias de participação popular junto à comunidade.

Estes profissionais com longa história de relação com a Estratégia em outros municípios iniciaram um processo individual de mobilização da população e disseminação do princípio do controle social em seus espaços de atuação profissional.

Cabe frisar que os espaços de atuação profissional desses atores lhes atribuíam recursos e influências diferentes. Os atores institucionais, compreendidos os que atuavam na gestão municipal, possuíam um nível geral de recursos (financeiros, logísticos, etc.) que lhes conferiam uma grande capacidade de influenciar as ações de outros atores. Já os atores da intervenção, entende-se os que atuavam nas EqSF, contavam com maior legitimidade junto à população.

Este conjunto de “recursos individuais” descritos acima foi potencializado com a ida de um destes atores para o Conselho Municipal de Saúde, o que possibilitou a cooperação e articulação desses profissionais que passaram a compartilhar um objetivo específico: a mobilização da população para o controle social da saúde.

O compromisso desses atores-chaves (mediadores) com a mobilização popular desencadeou um processo de envolvimento de outros sujeitos para o objetivo já compartilhado. Esta formação de uma rede de apoio para o controle social possibilitou uma coalizão entre diversos atores, que passaram a defender a valorização popular junto às decisões da Secretaria de Saúde Municipal.

“Era um grupo de 10 ou 12 que foram muito importantes [...] tinham um menino que era agente de saúde, parceiro também. Não era conselheiro, não, mas ia pro conselho, ouvia e saía disseminando. Então, nesse momento foi... eu acho que foi um marco extremamente importante, porque a gente

conseguiu fazer dezenas de micro conferências. E aí, pra Secretaria não teve como escolher quem ia e quem não ia. O Conselho dizia: olha isso aqui é a relação de delegados que veio da base” (Vermelho).

Segundo relatos, esses mediadores realizaram um trabalho de ‘formiguinha’ envolvendo a comunidade, em duas estratégias básicas, a saber: a reorganização dos Conselhos Locais de Saúde, principalmente nas localidades que possuíam a Estratégia de Saúde da Família, e a realização das pré-conferências municipais nessas localidades, articulando as ações, e, conseguinte, fortalecendo-as.

A reorganização dos Conselhos Locais de Saúde contou, no âmbito institucional, com a criação da Lei de Regulamentação dos conselheiros em 2005, e a disponibilização dos auditórios das unidades de saúde da família para realização das reuniões dos conselhos. Observa-se que boa parte do trabalho desses mediadores foi no sentido de fortalecer os conselhos, principalmente daqueles localizados na zona rural. Contudo entrevistados apontam que o apoio logístico da Secretaria de Saúde, necessário para essas ações, não aconteceu.

“(...) não temos carro para fazer as visitas à comunidade; não temos como participar do Conselho Local de Saúde, os conselhos locais estão parados, não foram implementados e são uma conquista da comunidade, para ela discutir” (Relatório GRAB, 2008, p.64)

Percebe-se que um dos pontos principais para mobilização popular foram as pré-conferências, que antecederam a 4ª. Conferência Municipal de Saúde, com discussão ampla sobre as questões do setor. Tanto as pré-conferências como a Conferência de Saúde foram realizadas com o apoio de profissionais de saúde das unidades de saúde da família que fomentaram as discussões nas localidades com as quais atuavam.

Infere-se que o trabalho realizado por esses atores-chaves possibilitou o envolvimento de diversos atores na luta pelo direito à saúde da população. Esse processo de mobilização se deu em prol da melhoria das condições de saúde através da participação popular, conforme pode ser observado no trecho reproduzido a seguir:

[...] Eu acho que foi extremamente importante, eu não vou esquecer nunca, os caras vieram assim... parece que foi uma coisa de forma doutrinária” (Vermelho).

“Eu chamaria isso sim, de Cidadania, você perceber que seu trabalho não é só consequência só pra você, ele é consequência pra uma Comunidade” (Laranja)

Esse processo de participação teve como consequência o apoio da Secretaria de Saúde do município, que passou a considerar as deliberações da 4ª. Conferência Municipal de saúde no planejamento institucional. Porém, as deliberações da Conferência foram postuladas na construção do Plano Municipal de saúde 2010-2013 apenas dois anos depois da Conferência.

Não se sabe, de fato, se as deliberações foram empregadas para pensar a Saúde no município, ou se a mesma serviu apenas para legitimar a construção do Plano. Evidências apontam que, nesse período, havia, pelos gestores locais, um interesse pela participação popular, expresso em algumas ações de fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde municipal.

Observa-se a realização do curso de formação de conselheiros para subsidiar o trabalho dos mesmos nas decisões municipais. Este curso foi uma iniciativa conjunta do governo estadual, o MobilizaSUS, com a Secretaria de Saúde Municipal, para qualificação das práticas dos conselheiros de saúde.

Além da iniciativa de formação, em 2009, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, os CLS se expandiram em 21 USF, no entanto percebe-se que em 2010, havia apenas cinco conselhos locais empossados, três eleitos e três em processo de eleição.

Em síntese, o que se observou é que a implantação dos Conselhos de Gestão Participativa das Unidades de Saúde da família, bem como as iniciativas relacionadas à participação popular foi estimulada. No entanto, com muitas discontinuidades no funcionamento dos Conselhos. Todo esse processo possuiu uma estreita relação com a vontade política do gestor ou de atores chaves interessados em impulsionar o processo.

Em síntese, a mobilização de atores chaves na disseminação das ideias de controle social e conseqüentemente, na organização das instâncias colegiadas de participação popular foram fundamentais para estabilização da Estratégia e sua manutenção, após as diversas desestabilizações que se deram no espaço dos Conselhos de Saúde.

Evento crítico 3: Mudança política

O projeto piloto da Unidade de Saúde da Família 1 implementado em 1998 pela gestão local do município demonstrou ser uma proposta viável, como visto na descrição do

Evento Crítico 1. A decisão do governo municipal de assumir a ESF como projeto de governo para a Saúde possibilitou sua expansão rápida nos anos seguintes, que passou a contar, em 2001, com vinte e uma USF.

A expansão da Estratégia no município e, também, a percepção da comunidade dos benefícios trazidos pela mesma, criou um cenário favorável para o gestor local ser reeleito, e ainda, fez com que a Estratégia se transformasse em um “palco” para a candidatura e eleição do secretário de saúde para o cargo de vereador.

Observa-se que o impacto que a Estratégia trouxe para a comunidade levou a outros atores envolvidos com a implantação da Estratégia também tentarem um espaço no cenário político local, com a candidatura de outros gestores locais da saúde para a Câmara de Vereadores. Tais candidaturas, contudo, não obtiveram sucesso nas eleições.

Compreende-se que a eleição do Secretário de Saúde para vereador municipal foi apoiado na crença da população de que a chegada do gestor local da saúde para o legislativo se reverteria em melhores condições de saúde para a população, o que, aparentemente, não se concretizou. Segundo os entrevistados, a saída do gestor local da Saúde para assumir cargo na câmara de vereadores levou a um ‘desorganização’ das ações da Estratégia Saúde da Família no município, que pode ser percebida pela ampla alteração de cargos, inclusive da coordenação de atenção básica.

Entende-se que as mudanças negativas observadas na Estratégia podem ser devidas à tentativa do novo gestor local da saúde implantar um projeto de governo que lhe projetasse tal qual o secretário anterior. Nesse sentido, a consolidação da ESF não foi a escolha do novo secretário, pois esta era a marca do seu antecessor. Outra hipótese para a desorganização da Estratégia pode ter sido a baixa governabilidade do novo Secretário de Saúde.

O quadro no qual a Estratégia se encontrava se agravou ainda mais com a renúncia do prefeito em abril de 2002. O então prefeito do município saiu do cenário local para disputar um cargo no legislativo estadual. De acordo com relato dos entrevistados, essa

mudança de gestão municipal decorrente de problemas eleitorais no município²⁰, impactou sobremaneira na Estratégia Saúde da Família.

“[...] a mudança de gestão teve forte impacto na implementação do ESF. Eu diria de 2000 a 2002, uma realidade. De 2003 pra frente, outra. Eu acho que esse é um marco importante. Essa mudança de gestão me parece que é um marco político importante que traz mudanças, sim, do ponto de vista do desempenho do próprio programa.” (Azul).

“Em 2003, começa a faltar transporte para as visitas, não tem mais ou quando tem faz o pedido e leva uma vida para chegar... como você vai trabalhar na comunidade, visita na comunidade, sem um transporte para levar, quer que vá a pé?... mas lá dentro dos matos, não tem como ir a pé.” (Bandeira).

Como se pode perceber nos trechos acima, a mudança de gestão em 2003 implicou em mudanças significativas na organização e desempenho da Estratégia Saúde da Família. Observa-se neste período, a interrupção de expansão da Estratégia (21 EqSF em 2005, o mesmo observado em 2001), além da perda de benefícios para os trabalhadores da intervenção das EqSF, que contavam, anteriormente, com alimentação e transporte de Salvador para o município, a falta de insumos básicos para atendimento, a retirada do carro para visita e, ainda, a ruptura com instituições de ensino, a exemplo do fim da parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Essa desestruturação das atividades da Estratégia, resultado de questões relacionadas ao contexto local, poderia ser revertida com a eleição municipal em outubro de 2004. No entanto, o que se observa é que mesmo com a mudança político-partidária no município, em janeiro de 2005, o novo gestor local da Saúde não valorizava a consolidação da Estratégia. O seu foco foi a média e alta complexidade.

Essa situação se inverteu em novembro de 2005, com a **chegada de um novo gestor na Saúde**. Diferentemente do anterior, este demonstrava claramente seu interesse na consolidação e expansão da Estratégia, estabelecendo-a como “carro-chefe” do seu governo. Essa priorização da ESF pelo novo gestor se dava pela sua trajetória profissional e por seu amplo conhecimento sobre a intervenção em Saúde da Família.

²⁰ O município estava passando por revisão eleitoral do Tribunal Regional Eleitoral devido a suspeita de fraude nas eleições municipais de 2000. Este processo iniciado em 2000, antes das eleições municipais possibilitou após recadastramento o cancelamento de 16.212 títulos, no entanto, este recadastramento não resolveu os problemas no município que se agravam com mais uma revisão entre 2001 e 2002.

Este ator chave entendia a reestruturação e reorganização da atenção básica à saúde a partir da Estratégia Saúde da Família, como projeto de governo municipal, pois já havia participado da sua consolidação em outro município, além de ter atuado na formalização da mesma no governo federal.

Os entrevistados destacam o investimento na atenção básica, realizado por este gestor, que fortaleceu a diretoria de atenção básica, com vinda de profissionais com reconhecida experiência na área, reformou 10 unidades e construiu outras seis USF, utilizando-se do padrão estabelecido pelo Ministério, para substituição das casas alugadas por unidades próprias.

“Ele (gestor) tinha clareza, ele tinha um projeto para o Município, tinha acabado de chegar do Ministério [...] sabia que era importante recompor a ampliação do ESF no Município, que era necessário investir” (Flicts).

“Teve uma pessoa aqui também, que ajudou muito, se esforçou muito, que está até no estado hoje. Ele é um parceiro que contribuiu muito, uma pessoa boa, muito técnica” (Vermelho).

As evidências indicam que a saúde era reconhecida como prioridade pelos gestores municipais do governo naquele período, o que pode ser traduzido pela construção de alianças político-partidárias ampliadas e alianças comunitárias²¹, possibilitando a mobilização da rede para apoio ao projeto de governo. Outro ponto importante para a reconfiguração da Estratégia foi a alta governabilidade que o gestor da saúde possuía, facilitando a gerência das suas ações no município, bem como, da sua experiência em gestão, que possibilitava uma relação de igualdade com outros secretários.

“[...] é um município que é considerado um município com bons recursos financeiros, mas se você não administrar bem, vai sempre faltar por que a demanda é sempre muito maior do que o que a gente tem de recursos para dar conta, então a relação era feita assim feita com diálogo, entre a Secretaria da Saúde e estas outras secretarias, a gente criou estes espaços, estes grupos de trabalhos” (Royal).

²¹As interações produzidas neste momento entre gestores e aliados, são decorrentes de um processo que se inicia com a eleição do prefeito do município em 2004. A campanha permitiu uma articulação entre diversos partidos políticos, levando ao prefeito praticamente não ter opositores na Câmara de vereadores em seu exercício. Esta conjuntura favorável para o chefe do executivo municipal foi transmitida para o gestor local da saúde em função da sua legitimidade. Em relação às alianças comunitárias, o gestor local da saúde realizou um processo de reuniões sistemáticas com todas as áreas que possuíam ESF, no intuito de conhecer a realidade destas áreas, e as ‘necessidades de saúde’ destas comunidades.

Assim, a **compatibilidade da intervenção com a visão governamental** permitiu a reconfiguração da Intervenção a partir de 2006. Entretanto, o gestor saiu em dezembro de 2006, mas seu sucessor deu continuidade ao seu trabalho pelos seis meses em que ocupou o cargo. Em agosto de 2007, o município contou com novo gestor, que também entendia a Estratégia como prioritária, dando continuidade à construção das unidades de saúde que estavam em andamento.

Essa definição da ESF como projeto político permitiu que mesmo com a alteração sucessiva do gestor local da saúde (quatro secretários de saúde em 3 anos), ela não fosse descontinuada, pois a mesma representava o interesse de um grupo de atores que se articularam para que os outros participantes apoiassem essa ideia. O grande número de alianças poderia constranger o projeto em função da necessidade de contemplar o interesse desta base de apoio político, entretanto, o que se viu foi uma articulação e fortalecimento da ESF com ativação da rede para difusão da mesma.

“[...] iniciativa dele, isso não acontece de um ano para outro, mas ele deixou tudo arrumadinho [...] Os demais continuaram isso [...] Ela vem e da um impulso importantíssimo né!? Porque ela tem... foi coordenadora, implantou ESF na Bahia. Uma pessoa com muita clareza do que ela queria” (Flicts).

“[...] a gente tomou um espírito de corpo tão grande, que a gente começou a ficar neste processo ideológico, mas que tudo” (Turquesa)

O novo gestor, que assumiu em agosto de 2007, tinha clareza da importância da consolidação da Estratégia para reversão da lógica de produzir cuidado, pois foi um dos responsáveis pela implantação do ESF na Bahia. Entretanto, a falta de governabilidade desse gestor local da Saúde levaria ao desenvolvimento de outras ações relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais da Saúde da Família, mais viável em função da pouca legitimidade perante o executivo municipal.

“Porque ela foi coordenadora, implantou ESF na Bahia né!? Uma pessoa com muita clareza do que ela queria, enfrentou muitas dificuldades políticas ela segurou o que ela pôde; ela não tinha nem uma relação política partidária eu acho que ela foi pra lá pela indicação do Secretário, pela amizade que eles tinham, mas ela nunca foi de partido político nenhum” (Vermelho).

Observa-se que a iniciativa deste gestor em auditar clínicas privadas conveniadas ao SUS, a partir de denúncias feitas pela população, levou a um processo de fragilização das suas ações que culminou com sua saída em outubro de 2009. Entrevistados apontam que outras questões contribuíram para a saída do gestor local, como: o gasto com saúde

que ultrapassava os 15% previstos em lei, chegando a 18%, que incomodava outros setores da prefeitura.

Em novembro de 2009 houve nova mudança do gestor local da saúde. O novo secretário era um profissional sem experiência na Saúde, com formação profissional ligada ao campo financeiro. Em função do recorte desta pesquisa, as entrevistas ocorreram logo após a entrada deste novo secretário de saúde o que não nos permitiu analisar os rumos que a intervenção tomou e nem se novas mudanças do gestor local levariam a uma nova controvérsia e à necessidade de novas reconfigurações da rede.

Em síntese, a presença de ator chave e a compatibilidade da intervenção com a visão do governo permitiram que as transformações ocorridas na intervenção não fossem suficientes para a sua completa ruptura. Assim, estes fatores estratégicos possibilitaram a estabilização da intervenção neste período da trajetória da intervenção.

Evento crítico 4 - Ruptura das relações com a Universidade

O desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família em uma lógica de prestação de serviços pautada na adscrição de clientela, equipes multiprofissionais, e a contínua revisão dos processos de trabalho, dentre outros, levou ao gestor local da saúde, logo após a implantação das primeiras unidades de Saúde da Família, perceber a necessidade de qualificar tecnicamente as EqSF. Segundo relatos, este observou que mesmo contando com profissionais de saúde com experiência em comunidade, a prestação do cuidado no território possuía nuances que tornavam imperativa a ação articulada com instituições formadoras.

Assim, o Gestor Local da saúde elabora parceria com o curso de Residência em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com intuito de transformar a ESF do município em um campo de estágio em que os residentes pudessem participar no desenvolvimento das atividades desenvolvidas junto as Equipes de Saúde da Família existentes. Em fevereiro de 2000, foi assinado o termo de compromisso entre a Residência e o município em estudo. A primeira turma de residentes a ingressar no município baiano foi alocada em duas unidades de Saúde da Família, com profissionais de cinco áreas de formação, além de duas enfermeiras do segundo ano do curso que foram encaminhadas a Secretária Municipal de Saúde (SMS).

Cabe destacar que além das atividades do curso referido o grupo coordenador da residência no Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA fazia parte da coordenação executiva do Pólo de Capacitação de Saúde da Família para o Estado da Bahia e região, isto significava que este grupo era o responsável pelo treinamento das EqSF de todo a Bahia, permitindo uma relação de aproximação do município para com as atividades de qualificação realizadas em todo o território baiano.

A realização de treinamento introdutório foi um das atividades principais pactuadas para desenvolvimento dos residentes no município. Esta definição permitiu a qualificação das equipes de saúde da família no município entre 2000 e 2003. Diversas outras atividades foram realizadas no município, entre elas, a participação da reorganização dos Conselhos Locais de Saúde, as atividades educativas realizadas junto a comunidades e plano de reorganização da atenção à saúde bucal.

No entanto, estas ações muitas vezes não aconteciam em consonância com as atividades dos profissionais do município, demonstrando que o maior interesse em ter a Residência no município era da gestão. Evidências apontam que o trabalho dos residentes era desarticulado das ações desenvolvidas pelos profissionais e que este processo era fruto da pouca disponibilidade de tempo que os técnicos do município tinham para realizar formulações de outra ordem diferente das muitas demandas que já possuíam.

“[...] é uma coisa fragmentada, você tem um a turma, vem outra. Se você não tem um prefeito que compreenda, que aquilo não é um trabalho da universidade fica aquilo mesmo, mas eu acho que isso quando for nova turma, poderia dar continuidade aquilo, ou poderia potencializar aquilo, que termina, acho que todo mundo que vai fazer seu trabalho poderia partir daquilo que já tem, por que de uma coisa você pode tirar consequências” (Turquesa).

Entrevistados afirmam que mesmo com o descompasso entre as práticas dos residentes e dos profissionais das equipes, estes entendiam a vinda dos estudantes para o fortalecimento das ações na intervenção e no município. Observa-se também, o interesse na Residência dos gestores locais da saúde, entre 2000 e 2002, os quais mobilizaram todos os recursos possíveis para garantir a manutenção da Residência no município, contando com diversos recursos logísticos e apoio na resolução de problemas administrativos. Dentre os recursos disponibilizados, havia uma casa alugada para acomodar os alunos durante a semana para realização de suas atividades, transporte

da capital para o município, alimentação dos residentes, pagamento de dois preceptores que ficavam responsáveis pela supervisão no município.

“Os residentes tinham um restaurante a quilo que os residentes almoçavam, diariamente, tinha um ônibus, se não me engano da Prefeitura que pegava no Iguatemi, pegava os profissionais de saúde que trabalhavam em Salvador e que iam pra lá e eles iam nesse ônibus, tinha o próprio transporte dos supervisores, o carro da Secretaria de Saúde de Município baiano ia buscar os supervisores.” (Azul).

“Ele tinha muita clareza do peso simbólico, da universidade na gestão, mas ele ajudava a gente. Havia uma troca ele ajudava no apoio logístico a manutenção da Residência e a Residência dava o peso da universidade à sua gestão. Eu tô dizendo isso, porque isso denota de fato que o Município tinha o interesse de ter a Residência. Agora se você assim, me disser, é isso, a relação da Residência é variável de acordo com o secretário, então ele valorizava, valorizava bastante, mas valorizava do ponto de vista político e simbólico. Toda vez que eu ia lá, ele tirava um fato e botava no jornal. Ele nunca criou nenhum problema com a gente, nenhum, especialmente com essas relações administrativas, burocráticas, de transporte” (Flicts).

Como se pode perceber pelo trecho acima, um dos pontos principais de interesse do gestor local da saúde na articulação da relação com a universidade se dava pelo peso “político e simbólico” que esta representava para o ‘marketing pessoal’ do gestor local da saúde. Contudo, este fato não descaracteriza o forte apoio garantido pelo mesmo na manutenção da Residência, algo apontado pelos entrevistados como bastante difícil nas relações com outros municípios.

O processo desencadeado entre entes distintos, porém com interesses semelhantes permitiu a articulação e integração de ambos os lados, repercutindo na formação das equipes de saúde da família, junto ao município e na possibilidade de campo de prática para a Universidade. Entretanto, evidências apontam para o questionamento de alguns profissionais do serviço em relação ao grande volume de recursos disponibilizados para os residentes.

Mesmo com o apoio da gestão local, a relação entre o município e a Residência não se deu sem ruídos. A necessidade de equacionar conflitos advindos da relação foi presente durante a cooperação. Tensões foram geradas pelo apontamento de problemas percebidos pelos residentes, que no desenvolvimento de suas práticas denunciavam a situação dos serviços através de relatórios de situação. Este processo possibilitou,

inclusive, a interdição de uma unidade de saúde que estava com sérios problemas de infraestrutura, com conseqüente reforma do imóvel.

Estes desgastes atrelados à falta de condição de trabalho e de apoio para a manutenção da Residência e a desestruturação que se observou na gestão local do município em 2002, levou à negociação desfavorável para a manutenção da Residência no município. Em 2003, ocorreu à ruptura da relação interorganizacional. Este processo se deu, segundo relatos, pela definição unilateral da coordenação da Residência que avaliou as dificuldades para manutenção da relação naquele ano em específico.

Com a alteração da gestão municipal em 2005, ocorreu uma tentativa de reaproximação da Residência para a retomada da cooperação. Este novo convite do município para retomada do processo não obteve resultado. Índícios apontam que o pouco interesse do novo gestor local da saúde na atenção primária levou a impossibilidade de restabelecimento da articulação.

“Ele se mostrou muito interessado, marcou comigo lá, me deixou esperando a tarde toda, eu achei que aquilo era um desaforo [...] eu fiquei tão irritada da forma que ele tratou a Universidade, eu achei tão desrespeitosa, não deu nenhuma satisfação, aquela coisa atrapalhada, que eu deixei pra lá” (Flicts).

Em 2006, **a mobilização de atores**, dentre eles, os profissionais da gestão municipal da saúde, que possuíam vínculos com a Universidade, e a posse de novo gestor local da saúde permitiu o **restabelecimento da relação interorganizacional** com a Universidade, tornando-se a Estratégia Saúde da Família do município baiano mais uma vez um campo de formação e pesquisa da Residência em Medicina Social.

“[...] uma grande receptividade a gente já encontrava do município baiano egressos da residência atuando no nível central e nas unidades e isso facilitava muito o diálogo, a conversa, as negociações”. (Azul)

Além da relação com a Residência, a partir de 2006, o município passou a contar com diversas ações de pesquisa e ensino, com outras instituições formadoras, existindo a necessidade de criação de um setor na SMS para organização e formalização destas cooperações, sendo criado o Núcleo de Integração de Ensino e Serviço, atrelado à Coordenação de Educação Permanente.

“Em 2009, 16 solicitações de estágios curriculares não puderam ser atendidas, em função do grande volume de estudantes de diversas áreas (cursos de Farmácia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Medicina, Nutrição e Odontologia, das diversas Instituições de

Ensino Superior - UFBA, UNIFACS, Escola Baiana de Medicina, UEFS, UNIJORGE, FTC)” (RAG).

Percebe-se que este conjunto de parcerias estabelecidas entre a gestão municipal de Saúde e as universidades propiciou condições favoráveis para a construção de um espaço de interlocução entre as instituições que teve consequências positivas para os serviços de saúde do município, permitindo que os profissionais do serviço se tornassem tutores/preceptores.

“Algumas ações já voltadas pra o âmbito de pesquisa até para incentivar os profissionais do Município pra essa ação, não só pra receber estudantes, mas ele também ser um agente propositor de pesquisa” (Laranja).

Como se percebe no trecho em destaque a articulação levou a um maior interesse dos profissionais da intervenção em participar mais ativamente das ações relacionadas à formação. Além dos benefícios que o município passou a contar com o apoio dos residentes e estudantes, observou-se um interesse dos profissionais em melhoria da qualificação, com intuito de supervisionar os estudantes.

“Como eu tô na faculdade, eu me dedico muito a questão do aluno [...] O estudante de medicina chega e a ESF faz mudar a visão de ver as coisas”. (Lilás)

No entanto, a saída de muitos desses profissionais, nos anos seguintes, em função da ruptura do contrato de prestação de serviço entre a Fundação de Apoio que fornecia mão de obra ao governo municipal, fragilizou esta parceria entre o município e as Universidades. No entanto, a posse de servidores concursados, em 2009, sendo muitos deles egressos dos cursos que tiveram no município um campo de prática possibilitou fortalecer estas parcerias.

Em síntese, o movimento de desestabilização observado neste evento crítico foi estabilizado graças à mobilização de atores - chaves e o restabelecimento da relação interorganizacional que propiciaram evolução da Estratégia Saúde da Família no município em estudo.

Evento crítico 5: Falta de estrutura física/Rotatividade de pessoal

A decisão de implantação da ESF no município em 1998, pelo gestor local da Saúde foi pautada por estratégias que permitiram viabilizar de forma efetiva a intervenção no município. Vários dos entrevistados apontaram a escolha cuidadosa dos profissionais

que comporiam a EqSF, bem como a ampla disponibilização de insumos, como critérios utilizados na formação e operacionalização das equipes, demonstrando o interesse da gestão local em que a ESF se efetivasse.

Cabe registrar que o processo de escolha dos trabalhadores das EqSF, inicialmente da equipe da Unidade 1 (médico, enfermeiro e dois técnicos) foi realizado através de contratação dos funcionários sem realização de concurso público para provimento dos cargos. Ao mesmo tempo em que estas nomeações possibilitaram o ingresso de profissionais com experiência para a EqSF impossibilitou a estruturação de um quadro de profissionais efetivo para composição da intervenção.

Deve-se lembrar de que os profissionais da ESF deveriam ter conhecimento do território e das famílias por ele assistidas, permitindo compreender o espaço de saúde enquanto realidade determinada pela dinâmica das relações sociais, políticas e econômicas, e possibilitar a elaboração de ações em função desta realidade. Segundo entrevistados, estes foram os critérios utilizados para provimentos dos cargos da Estratégia. No entanto, evidências apontam que muitos dos cargos foram ocupados por indicação política, e não pela qualificação profissional.

Diversas modalidades de contratação - fundações de apoio, cooperativas, nomeação - foram utilizadas para contratação dos profissionais das USF implantadas nos anos seguintes, com algumas ressalvas de profissionais efetivos do município que foram realocados em unidades de saúde da família.

Além desta ‘facilidade’ para constituição das EqSF, a disponibilização de insumos foi relatada por vários dos entrevistados como uma facilidade, além de demonstrar que a Estratégia contava com apoio da SMS. Observa-se que as equipes possuíam carros, acesso ilimitado ao almoxarifado, disponibilidade de medicamentos, e que conseguiam através da SMS a articulação com outros setores do governo e outras instituições possibilitando ações intersetoriais indispensáveis para resolução de problemas na comunidade.

“[...] o quadro de profissionais de saúde bem supridas, tinha um carro para cada duas unidades de ESF [...] e aí, nesses períodos de mudanças de gestão sempre são períodos complicados. Porque ocorre mesmo uma descontinuidade, mudam muito os cargos técnicos ficam abalados [...] mais pro final desse período, estou pensando nos quatro anos, aí a gente já

começou a ver problemas, já não tinha mais tantos carros disponíveis, já começava a faltar material, por exemplo, hipoclorito pra lavar material de higienização, já era comum a gente encontrar unidades com dificuldade de obtenção desses materiais”. (Azul)

Como se pode perceber pelo trecho acima, esta situação favorável se deu até meados de 2002. Entende-se que a reversão da situação apresentada na Estratégia possa ter sido em função da saída do gestor local da saúde, responsável pela implantação da intervenção, para assumir cargo no legislativo. No entanto, entrevistados e documentos apontam que esta desorganização não se deu apenas na Estratégia, mas no município de modo geral.

Indícios apontam para uma desestruturação em todo o município, devido à renúncia do prefeito para concorrer a cargo na Assembleia Legislativa, e as diversas denúncias de irregularidades da sua gestão, que impactaram nas ações desenvolvidas no município²².

Cabe destacar que o contexto local neste período foi tão prejudicial para a intervenção que não houve a efetivação de gastos oriundos do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) / Ministério da Saúde para ampliação das Unidades de Saúde da Família, durante o ano de 2003. Recursos na ordem de 210 mil reais foram devolvidos ao Ministério da Saúde.

Esta ruptura no âmbito municipal levou a uma insatisfação dos profissionais do município que passaram a questionar a pluralidade de relações trabalhistas para o desenvolvimento das mesmas atividades. Há evidências que os profissionais possuíam salários diferenciados que causaram um grande desconforto. Este processo levou a várias mobilizações que reverberaram pelos anos seguintes.

A inexistência de política de Recursos Humanos e a falta de insumos para a saúde municipal apresentou-se crescente, entre 2003 e 2004, e a intervenção deixa de ser a Estratégia prioritária e o foco passa a ser a média e alta complexidade. Observa-se, neste período, uma total “desmantelamento” das unidades de saúde da família, em relação à disponibilidade de insumos, impactando desde a produção de serviços até a motivação

²² Em 27 de agosto de 2009, o prefeito foi condenado por improbidade administrativa e administração temerária, devido a sua administração entre 1996 e 2002, ficando inelegível até agosto de 2017 (BAHIA, 2012).

profissional. Este período foi marcado pela insatisfação dos profissionais atuantes na Estratégia, devido aos inúmeros problemas presentes no contexto municipal.

Em 2005, ocorreu eleição municipal e mudança político-partidária, entretanto, segundo relato dos entrevistados, o novo secretário de saúde não priorizou a intervenção em estudo. Apenas, em 2006, com a mudança do gestor da saúde municipal, observou-se tentativa de readequação da Saúde da Família, e a definição da mesma como projeto do governo para saúde.

Esta **compatibilização da intervenção com a visão do governo** permitiu a reestruturação física das unidades existentes e construção de novas unidades para aquelas sem possibilidade de reestruturação. Esta reorganização física das Unidades foi fundamental para a valorização da Intervenção, seja pela população, ou ainda, pelos próprios profissionais.

“De 2005 pra cá, o governo começou a investir na estrutura mesmo, própria, aí foram construídas, nós temos 11 unidades próprias para 2 equipes [...]. Nós passamos de 21 equipes para 40 equipes. Então de 2005 para cá, nós implantamos mais 19 equipes.” (Rosa).

“Vê aquelas unidades bonitas, no bairro, funcionando, e você precisa ver o orgulho. E o povo de lá falava eu quero ficar na unidade bonita, este sentimento de auto estima, isso para população. E lá as unidades são bonitas, enormes, eu não conhecia umas plantas daquele jeito.” (Turquesa).

Como destacado no trecho acima, a estruturação das unidades de saúde da família foi realizada numa lógica diferenciada contemplando o preconizado pelo Manual de estrutura física das unidades de saúde, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2006. Esse processo só foi possível graças à definição da Estratégia como um projeto político e a ampliação da rede de apoio do governo, que naquele momento contava com maioria absoluta da Câmara de Vereadores, permitindo um contexto favorável para aprovação destes projetos.

Importante destacar a luta da população para garantir que determinadas localidades tivessem ampliação ou implantação de Unidades de saúde da Família. Informantes relatam que o processo de construção e ou ampliação das unidades se deu baseado na territorialização do município. No entanto, há indícios de que determinadas localidades

foram privilegiadas em detrimento de outras, devido ao interesse político da gestão local nestas áreas.

Além de impulsionar a Estratégia do ponto de vista da reestrutura física das unidades, observou-se o restabelecimento e disponibilização de insumos para as unidades de saúde da família. A nova gestão se preocupou, também, em estabelecer uma política de Recursos Humanos, devido à grande insatisfação instalada entre os profissionais da saúde. Tais iniciativas foram concentradas em duas ações: estabelecimento de Fundação de Apoio para contratação de profissionais e a reestruturação das carreiras da saúde.

Observa-se que o grande número de vínculos dos profissionais de saúde no município e a existência de significativa diferença dos salários pagos para as mesmas atividades levaram o gestor local a optar por contratar todos os profissionais da Estratégia de saúde da família e a equipe de apoio da SMS através de uma fundação de apoio, com retirada dos profissionais efetivos que estavam trabalhando na ESF. Essa ação possibilitou um salário igual de todos os profissionais vinculados à Intervenção, sem regimes diferenciados, e ‘estabilidade’ dos profissionais, pois o contrato com apenas uma instituição dava um maior vinculação dos profissionais ao município.

Há controvérsia em relação aos critérios estabelecidos para contratação dos profissionais pela fundação de apoio. Evidências apontam para contratação tanto pela qualificação profissional, quanto por escolha política para configuração do quadro. Compreende-se que a escolha dos profissionais para a ESF foi realizada com base na qualificação dos profissionais, entretanto, a escolha para a equipe de apoio na SMS seria mista com escolha de técnicos e políticos.

“[...] uma dentista que era do PV, que perdeu a eleição com vereadora e o prefeito resolveu contemplá-la com a coordenação da Saúde Bucal” (Flicts).

“Assim tinha uma equipe de profissionais de saúde da família, capacitados porque alguns deles já tinham especializações e tal, na área, tinha outros que faziam preceptoria, então eles tinham uma vontade imensa de avançar, uma vontade imensa de colaborar com a gestão” (Laranja).

O plano de cargos, carreiras e vencimentos do município foi pensado inicialmente para contemplar os anseios dos profissionais de saúde. Observa-se ampla mobilização destes profissionais, em especial dos que foram retirados da Estratégia Saúde da Família em

virtude da contratação da fundação de apoio para provimento de cargos, que reivindicavam uma política abrangente de Recursos Humanos. Este processo que se iniciou na SMS passou a ser reivindicado por representantes de outras categorias profissionais de outras secretarias.

Assim, com intuito de apoiar o processo, a prefeitura contratou uma empresa de consultoria para elaborar uma minuta que contemplasse a todos os funcionários da prefeitura. Após dois anos de discussão entre representante dos trabalhadores e a prefeitura, a lei que instituiu o PCCV foi homologada.

As reivindicações por uma política de Recursos Humanos dos profissionais, além da relação desproporcional entre contratados e efetivos no quadro da SMS que contava, em 2007, com 82,33% do quadro da SMS de profissionais com vínculo temporário e terceirizado, e apenas 17,67% com vínculo efetivo, levaram o Ministério Público a intervir na contratação dos profissionais do município e determinar que ao final do contrato junto à fundação de apoio, o mesmo não poderia ser renovado e que o município deveria realizar concurso público para provimento de cargos.

Em dezembro de 2007, o município lançou concurso para provimento de cargos com 1123 vagas, com diversas categorias profissionais, dentre elas, para os profissionais da Estratégia Saúde da família.

A homologação dos profissionais da saúde aconteceu em janeiro de 2009, no entanto, a saída dos 654 profissionais contratados pela Fundação de apoio, tanto da gestão como dos serviços de saúde ocorreu em 30 de dezembro de 2008. Esse processo, ao invés de ser lento e gradual, aconteceu de forma abrupta com descontinuidade provocada pelo intervalo entre a saída dos profissionais e ingresso dos novos concursados, trazendo instabilidade temporária para a Saúde, e conseguinte, desestruturação da Estratégia. A opção por não realizar um processo de transição causou sérios problemas na continuidade do trabalho.

“Então, eu acho que foi uma atitude perversa do governo daquela época. Não posso dizer que foi dele (prefeito), mas do governo daquela época [...] Porque quem não sabia que em algum momento ele ia fazer isso” (Vermelho).

“é um momento negativo, em minha opinião. Por quê?... tipo assim foi de encontro ao princípio do vínculo, da equipe, todos esses princípios da

Estratégia de saúde da família foi de encontro. A gente tinha uma equipe que estava trabalhando junto há certo tempo, já tinha o vínculo com a comunidade, e que de repente, da noite pro dia, isso eu lembro, foi dezembro de 2008, de repente tiraram todo mundo, só ficaram os médicos, porque médico ainda é luxo. Mas equipe de enfermeiros, dentistas todo mundo saiu, ficaram os que tinham passado no concurso, depois começaram a chamar alguns... isso pra mim foi um momento... por mais que tivesse uma influência do Estado em querer só profissionais contratados, via efetivação do contrato, foi desumano". (Lilás).

O restabelecimento do efetivo profissional na intervenção foi se dando paulatinamente, mas compreende-se que a vinda de novos concursados possibilitará maior estabilidade para a intervenção. Observa-se que com a realização do concurso público o quadro das relações de trabalho da SMS se inverteu, existindo em 2009, 49,73% do quadro de pessoal da SMS com contrato temporário, terceirizados e cargos comissionados, e 50,27% do quadro de pessoal efetivo. Havendo uma redução de 32,60% do vínculo temporário e terceirizado no município.

Entrevistados apontam que muitos dos novos concursados são profissionais muito qualificados, dentre eles, egressos da Residência que haviam estagiado no município. Esta situação favoreceu a reconfiguração da rede, com facilidade para reiniciar as atividades descontinuadas.

Cabe destacar que a realidade em relação à vinculação dos profissionais médicos no município não se alterou, tornando necessária a realização de processo seletivo simplificado, em caráter de emergência, para as Unidades Básicas e as equipes de SF, após o concurso público de 2009.

Em síntese, após a desestruturação vivida no município, observa-se que ser a intervenção compatível com a visão do governo foi o que possibilitou a sua reestruturação. Este processo foi subsidiado pela reestruturação física das unidades, o restabelecimento e disponibilização de insumos para as unidades de saúde da família, além do estabelecimento de política de Recursos Humanos.

Evento crítico 6: Dificuldade na organização de práticas no processo de trabalho

Em 2006, com a definição do gestor da Saúde em priorizar a Estratégia Saúde da Família, observa-se que as primeiras intervenções foram relacionadas à estabilidade de recursos e a definição de política de Recursos Humanos, como observado no evento

crítico anterior. No entanto, o projeto de governo adotou diversas outras iniciativas para o fortalecimento da intervenção.

Percebe-se, inicialmente, um interesse relacionado à organização de práticas do processo de trabalho das equipes de saúde da família, com destaque para a territorialização, no intuito de apoiar a definição das áreas de construção das unidades de saúde da família.

Assim, estabeleceu-se estudo do espaço territorial, através da avaliação de mapa da Embasa e identificação das unidades de saúde existentes. Este processo foi sendo realizado por profissional com experiência na área, contratado especificamente para a territorialização, com apoio dos profissionais das EqSF. Evidências apontam que a delimitação do território se iniciou pelo distrito sanitário ‘cinza’ e foi baseada na portaria 648/2006, com estabelecimento de 4 mil pessoas por território adscrito, mesmo este sendo o número máximo para responsabilização das Equipes de Saúde da Família.

Observa-se que a territorialização permitiu a realização de concurso público para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e contratação de 90 ACS, contudo, este quantitativo era insuficiente para realizar a cobertura total de PACS no município, demonstrando fragilidade neste processo. Há indícios de que os ACS foram ‘pulverizados’ nas áreas delimitadas, mesmo com parecer do profissional responsável pela territorialização, com decisão técnica contrária.

Este processo de adscrição de clientela nas Unidades de Saúde da Família levou a uma tentativa de reestruturação dos fluxos de acompanhamento de usuários através de hierarquização dos níveis de atenção, nos três distritos sanitários existentes, com construção de três hospitais distritais.

“A parte da regionalização foi que eu ofereci como um modelo, justamente para que a gente não pudesse fugir do foco do processo do território. [...] Um suporte maior ao ESF. Então foi dividida a região e cada região teria uma unidade básica de saúde, porque já existia no município.” (Verde).

Esta definição do fluxo dos serviços, e o estudo do território na perspectiva de delimitação das áreas de abrangências das Unidades Básicas de saúde permitiu um planejamento para a reversão das unidades básicas em Saúde da Família, demonstrando o interesse na completa cobertura através da Estratégia em estudo. Além de possibilitar

a articulação das unidades básicas de saúde como núcleos operativos, tais unidades seriam referência das Unidades de Saúde da Família existentes para especialidades como fisioterapia e educação física, a exemplo da lógica adotada pelo Ministério da Saúde, anos depois, com os núcleos matriciais.

Os núcleos matriciais seriam também utilizados no acompanhamento e supervisão das Equipes da Atenção Básica, com substituição dos coordenadores dos diversos programas (Coordenação de Saúde Bucal, Saúde da Família, Programa de Agentes comunitários, Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Mulher, etc.) em apoiadores institucionais (técnico-pedagógicos), possibilitando uma interlocução entre as áreas e um desestímulo ao trabalho fragmentado.

Esta proposta ousada para a época chegou a ser discutida com a população através dos fóruns de participação popular: Orçamento Participativo e Conselhos Locais e Municipais, sendo bem recebida pela comunidade. Entretanto, com a mudança política entre o fim de 2006 e meados de 2007, houve uma recusa dos ‘coordenadores de programa’ em apoiar o acompanhamento e supervisão numa lógica transversal.

Cabe destacar que o gestor local da Saúde que assumiu em agosto de 2007 não possuía mesma governabilidade do gestor da Saúde em 2006, articulador da proposta. Evidências apontam que os coordenadores de programa, em especial da saúde bucal, utilizou-se do poder político que tinha para impedir a implantação desta iniciativa. Neste sentido, percebe-se que a organização das práticas na ESF sofreu um duro golpe, havendo a necessidade de reconfigurar as relações e a intervenção.

“Ela trouxe um sentido de organizar mais o processo de trabalho das equipes, retomando a questão dos princípios da ESF [...] eles tinham uma proposta bem interessante, que seria do, não sei agora identificar o nome, uma movimentação que incorporariam não supervisores específicos pra ESF, mas pessoas que estivessem responsáveis pelos programas. (Amarelo).

Este processo de desestabilização começou a ser modificado com a **mobilização de atores**, ‘que não se deram por vencidos’ e definiram novas abordagens para reorganização das práticas. A proposta denominada de ‘mudança silenciosa’ estabeleceu uma valorização das práticas de educação permanente, através da reconfiguração da coordenação de Gestão do Trabalho.

A equipe da coordenação adotou modelo pedagógico diferenciado, possibilitando um espaço de desenvolvimento e troca de experiências entre as equipes, permitindo a qualificação dos profissionais das EqSF. Este processo baseava-se na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços, problematizado? a partir do próprio processo de trabalho.

Profissionais da Estratégia e gestores locais passaram a interagir no intuito de se apoiarem e construir coletivamente a intervenção, desenvolvendo atividades de qualificação. Estas atividades foram realizadas, através de prática do intercâmbio de conhecimento, permitindo uma nova perspectiva aos profissionais que passaram a se ver como ‘atores’ do processo de formação. Os profissionais se viram comprometidos com a ESF, como partes do processo de construção da Estratégia, em todas as suas dimensões, inclusive no processo formativo. Esta **ativação da rede** criou um conjunto de aliados que fortaleceu a intervenção.

Este processo teve como consequências o aumento do número de trabalhos apresentados pelos profissionais da intervenção em eventos nacionais, com premiação de trabalho na Mostra Estadual de Saúde da Família, a criação da Mostra Local de Saúde da Família, e o curso de especialização em Saúde da Família, com apoio do governo do Estado, que propiciou a formação de facilitadores para o acolhimento pedagógico, com prática no próprio município com as EqSF.

Além do aumento do número de estágios para as EqSF, com utilização de profissionais da ESF como preceptores de curso de graduação e pós-graduação e valorização de práticas de avaliação, com a adesão voluntária de seis unidades de saúde para realização da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ).

Contudo, a saída de vários profissionais da gestão e da Estratégia, em janeiro de 2009, como foi visto no evento anterior, e alteração da gestão local em saúde em outubro de 2009, levou a um esvaziamento do curso de especialização que estava em andamento.

“Base, base é apoio político, mesmo né!? Por que a gente não consegue fazer muita coisa, se não existe base política então a gente aí né!?, Poderia ter avançado muito mais, mas avançou pouco. [...] mas você de fato entender que isso, que a questão de fazer um estudo, de fazer uma pesquisa, você parar o seu serviço, naquele momento, numa micro-equipe para aprender com alguma dificuldade de alguém. Não é todo mundo que entende.” (Laranja).

Evidências apontam a falta de entendimento do novo gestor em relação às questões relacionadas à Saúde da Família e a ausência dos profissionais do serviço para realização das atividades pedagógicas, impossibilitando a continuidade das atividades desenvolvidas pela coordenação de Gestão do Trabalho e interrompendo a prática de trocas de experiência adotada.

Em síntese, o processo de organização das práticas do processo de trabalho sofreu diversos golpes ao longo da trajetória da intervenção, contudo a mobilização de alguns atores com consequente ativação da rede de aliados permitiu a manutenção da intervenção e garantiu a sua sustentabilidade neste período estudado.

6. DISCUSSÃO

Descrever a trajetória da Estratégia Saúde da Família do município baiano e identificar os fatores estratégicos que contribuíram para a sua sustentabilidade no município foi o resultado pretendido neste estudo. Verificou-se seis eventos críticos com potencial para dissolução da Intervenção, no entanto, um conjunto de condições que estão inter-relacionadas aqui denominadas de fatores estratégicos permitiram a sua continuidade.

As disputas observadas no evento crítico 1 foram fruto das transformações ocorridas com a implantação da ESF, que propôs mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário (família) e na equipe.

A resistência que a ESF enfrentou no momento de implantação, seja da população por estar acostumada a consumir serviços especializados, mesmo ao nível de atenção básica, seja em relação aos profissionais de outros serviços, incomodados com condições de trabalho diferenciadas, já foram apontadas por outros estudos (TEIXEIRA, 2006).

No intuito de reverter à avaliação negativa da população e dos profissionais, observou-se que as reuniões e atividades educacionais foram importantes para a retomada da Estratégia. Essas práticas potencializam o compartilhamento de informações entre os atores, bem como incentivam que os participantes atuem como multiplicadores (JOHNSON et al., 2004).

BOSSERT (1990) e PLUYE et al. (2005) também, identificaram reuniões e atividades educativas como um fator potencializador da sustentabilidade de uma intervenção. Entende-se que este fator estratégico possibilitou a disseminação da Intervenção e permitiu o convencimento de outros atores para ampliação e desenvolvimento da Estratégia. As reuniões e atividades educativas permitiram a disseminação de informações e a observância de benefícios que a Estratégia possibilitou aos envolvidos.

A percepção de benefícios pelos membros da equipe e/ou usuários foi um fator importante para a sustentabilidade da Intervenção observado por Scheirer (2005).

Entende-se que este fator seria resultante da influência de outros fatores que resultariam na assimilação de benefícios pelos membros da equipe ou pela comunidade. Observa-se no evento crítico 1 que este fator foi decorrente de um processo conjunto de práticas dos profissionais envolvidos com a Intervenção (práticas educativas e luta por melhorias sociais e sanitárias) que tiveram como consequência a aliança com a comunidade.

Boas práticas realizadas por parte das equipes da ESF foram apontadas, também, por TEIXEIRA et al. (2003). Porém, estes autores alertam para a limitação das práticas face à ausência de uma série de outras necessidades que não alteram substantivamente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde. Além de que as ações e serviços produzidos não significam de fato a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho preconizado nos documentos oficiais (PAIM, 2002).

Estudo realizado por Pinafo et al. (2011) concluiu que, muitas vezes, as práticas de educação em saúde presentes na ESF são desenvolvidas prevalecendo uma relação vertical, impositiva, superior, na qual o profissional é o detentor do saber.

Analisando os resultados descritos entende-se que no momento de implantação da Estratégia houve a valorização do papel do trabalhador como sujeito propulsor de mudanças na prática educativa e no modelo de atenção em saúde vigente, bem como foi possível perceber o reconhecimento do usuário como sujeito atuante na própria saúde e com capacidade de intervenção na sua realidade, como foi apontado pela solicitação da comunidade para implantação de novas unidades, permitindo, assim, a continuidade da Intervenção.

Cabe destaque que a decisão do gestor local da saúde de implantação da Estratégia no município refletiu o momento vivido no país de reorientação da lógica de prestação de cuidado pautado na atenção primária. Este fato pode ser ratificado pela implantação da primeira equipe de saúde no município acontecer no momento de implantação do Piso de atenção básica (PAB), um mecanismo de financiamento pautado com base em um valor per capita, que impulsionou a Estratégia no país (BRASIL, 2002; ALMEIDA et al., 2012).

Entretanto, estudos apontam que mesmo com o PAB, a implantação do ESF foi lenta. Até 1999 o país tinha pouco mais de 4.300 equipes que cobriam 15% da população, em geral em municípios de pequeno porte, devido aos recursos transferidos através do incentivo federal não serem suficientes para manter as EqSF (ALMEIDA et al., 2012). Assim, a implantação da Estratégia no município em estudo foi motivado não só pelo financiamento advindo do PAB, mas pelo gestor considerar que a Intervenção tinha possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde, como pode ser verificado na fala dos entrevistados e ratificado por outros estudos (SOUZA e MERCHÁN-HAMANN, 2009).

Analisando a ESF quando se configura como política governamental, Souza e Merchán-Hamann (2009) apontam a heterogeneidade de apoio político, técnico e científico da Estratégia. Esta heterogeneidade influencia tanto para propulsão da Estratégia como para obstrução da mesma. A associação político partidária com a definição do local de implantação da Estratégia foi apontada em nosso estudo demonstrando que a consolidação da Estratégia no cenário local não se apresentou de forma suprapartidária nem desprovida de conflito. Concepções e interesses de "dirigentes" em diversas conjunturas se fundamentam no campo político-ideológico do entendimento dos valores, princípios e méritos dessa Estratégia enquanto uma política pública.

A natureza heterogênea das comunidades na base desses apoios vai ao encontro do que afirmam alguns autores como Goulart (2002) e Sousa (2001), onde retratam as variações dos apoios que circulam entre serem propulsores, indiferentes e/ou obstrutivos. O pensamento desses sujeitos, em certa medida, reflete a diversidade de pontos de vista encontrada na pesquisa e na literatura.

Em sentido oposto, observou-se que a mobilização dos atores foi essencial para criar um ambiente que apoiasse e facilitasse as práticas na Estratégia, sendo fundamental para a reconfiguração da Estratégia nos eventos críticos 2 e 4. Na literatura científica sobre sustentabilidade, a presença de um mediador foi identificada como positiva para a continuação das intervenções por diversos autores (SCHEIRER, 1990; SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE, 1998; PAINE - ANDREWS, 2000; GREEN e PLSEK, 2002; JOHNSON et al., 2004; MANCINI e MAREK, 2004; SCHEIRER,

2005). Percebe-se que, dos seis eventos críticos aqui apresentados, todos contaram com a influência positiva de membros chaves para sua estabilização, entendendo este achado como um fator estratégico.

Mancini e Marek (2004) definem que a competência da liderança é um aspecto que permeia as organizações de modo geral, pois estes têm na sua função instigar os demais para o sucesso da Intervenção. Cabe destacar, que dentre os “champions” na Estratégia em estudo, principalmente no que se refere às ações relacionadas à mobilização social, alguns dos atores chaves eram profissionais do serviço. Observa-se que a ligação desses indivíduos com a Intervenção, ultrapassa as relações profissionais e estão atreladas a questões ideológicas. Neste sentido, estes sujeitos buscam novos aliados, com conseqüente, ampliação da rede, o que solidifica a Estratégia.

Ao analisar a participação institucionalizada nos conselhos de saúde, Acioli (2005) argumenta que a mesma é importante, mas não pode nem deve substituir espaços de participação não institucionalizada que se concretizam através de redes de movimentos e grupos sociais, como foi observado na trajetória da Intervenção. O movimento social no município em estudo é anterior à presença da Estratégia. Essa articulação fortalece a Intervenção, e também, o movimento social, mas é preciso que o exercício do controle social se dê dentro e fora dos conselhos de saúde.

Estudo realizado por Soratto et al. (2010) aponta que o controle social na saúde tem acumulado avanços, mas ainda continua "distante" da proposta da Reforma Sanitária. Os Conselhos tendem a se tornar dependentes dos interesses políticos dos que dirigem o poder Executivo, levando à desvirtualização desses espaços, como visto em nosso estudo, com conseqüente fragilidade que põe em risco sua legitimidade política e social.

Merhy et al. (2004) apontam que as pessoas se sentem incapacitadas diante de uma relação assimétrica, razão pela qual se calam e não se manifestam. Esta desmobilização social pode estar escondendo um rechaço às práticas autoritárias locais, onde os afetados suportam passivamente uma realidade que não acreditam poder transformar (ELIAS e COHN, 2003; BISPO JÚNIOR e SAMPAIO, 2008).

A participação popular nos espaços legais pode sofrer, por um lado, a cooptação, e, de outro, a inviabilização política, caso rejeite a participação (SORATTO et al., 2010). A utilização dos espaços de controle como espaços de manobra política dos dirigentes foi vista neste trabalho. Essa questão coloca a necessidade de fomentar um processo de participação popular desvinculado dos espaços institucionalizados municipais e locais de saúde.

Se por um lado a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório, por outro, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado. A dependência e desorganização funcional corroem a consolidação dos Conselhos de Saúde como instituições que viabilizam a participação deliberativa dos diferentes atores interessados no processo decisório das políticas locais de saúde (MOREIRA e ESCOREL, 2009).

Em nosso estudo foi possível perceber a ação de mediadores na retomada dos conselhos como espaços deliberativos e que podem influenciar diretamente na formulação de políticas de saúde. No que se refere à existência de mediadores para potencializar a permanência da Estratégia, cabe uma ressalva: a fragilidade da Intervenção quando do desligamento desses atores da Estratégia, por motivos que variaram, desde a busca por cargos públicos à extinção de contrato de trabalho. A dependência para o sucesso das intervenções pela existência de mediadores foi apontada por Neville et al. (2000), como uma preocupação importante, demonstrando a necessidade de desenvolver mecanismos que possam permitir a renovação de “campeões” no âmbito das intervenções.

É importante destacar que estudo realizado por Huijg et al. (2013) analisando os fatores que influenciavam a adoção, implementação e manutenção de intervenções de atividades físicas no cuidado primário em saúde, a presença de “champions” só foi identificado como um fator importante na adoção da Intervenção. Entende-se que estas fases do ciclo de vida das intervenções são didáticas e se prender a fatores específicos por fases pode levar a ocorrência de erros, pois entendemos que fatores que são vistos como potenciais nas fases de planejamento e implementação provavelmente contribuem em outras fases, como ocorreu neste estudo.

A presença de um ator chave para readequação da Intervenção também foi entendida como um fator estratégico no evento crítico 3, relacionado a mudanças políticas sucessivas na Intervenção. Conforme observado nos resultados, a instabilidade institucional da Estratégia foi afetada com a sucessiva troca de gestores locais da saúde. Nessa condição, foi constatado que, durante sua trajetória, os profissionais envolvidos diretamente com a responsabilidade de conduzir esta Intervenção tinham legitimidade diferenciada perante o poder executivo municipal. Tal legitimidade assegurou, em determinados momentos, um lócus para ampliar o debate e a interlocução no sentido da continuidade da Estratégia e, em outros, a falta de legitimidade foi responsável pela fragilidade na sua manutenção (SOUZA e MERCHÁN-HAMANN, 2009).

Percebe-se que a intervenção fazia parte do projeto de governo de diversos gestores da Saúde. No entanto, a governabilidade destes gestores, isto é, a capacidade de controlar variáveis relevantes durante sua gestão, oscilou em diferentes momentos de acordo com o ator que ocupava a posição de dirigente. Outro ponto que merece consideração diz respeito a capacidade de governo que esta intimamente ligada a governabilidade. Observa-se que havia acumulação de experiência e conhecimento da equipe técnica e dos dirigentes para consolidação da Intervenção, contudo, a dificuldade de manutenção dos profissionais técnicos e do próprio dirigente no cargo foi uma fragilidade recorrente

No momento em que houve convergência entre os três vértices do triângulo de governo, percebe-se que a Intervenção se fez mais forte durante sua trajetória, demonstrando que além da compatibilidade da Estratégia com a visão do governo é necessário alta governabilidade e capacidade de governo, como questões importantes para a continuidade da Intervenção (MATUS, 1997).

A compatibilidade da Intervenção com a visão do governo foi um fator compreendido como potencial para a sustentabilidade em estudos realizados por Scheirer (2005) e Keating, Thompson e Lee (2010), que compreendem que o suporte organizacional é fundamental para a sustentabilidade das intervenções. Gruen et al. (2008) afirmam que atributos do ambiente organizacional - eficácia institucional, integração com os programas existentes, congruência de programa com a missão

organizacional, liderança e presença de um campeão do programa - são um dos três conjuntos de fatores imprescindíveis para a sustentabilidade de uma Intervenção.

A ativação da rede também foi vista como fundamental nas relações interorganizacionais, conforme observado no evento crítico 4. Em momentos oportunos, as redes possibilitam a transferência de práticas para outros grupos, observando-se uma possível renovação da Intervenção (STECKLER e GOODMAN, 1989). Constatou-se que a parceria entre a Estratégia Saúde da Família e outras instituições foi reconhecida como essencial para qualificação das EqSF, sendo importante à sua sustentabilidade. Verificou-se que desenvolver alianças com outros setores favorece a construção de um espaço de colaboração intersetorial (POTVIN et al., 2010).

O estudo de Paine-Andrews (2000) demonstrou que a existência de aliança entre instituições com missão semelhante pode contribuir para apoio contínuo da equipe a intervenção e, conseqüentemente, influenciá-la positivamente. Tais alianças devem incluir a agência líder, organização que concede recursos para a intervenção. No caso brasileiro, podemos entender que a agência líder teria um papel semelhante ao desempenhado pelo Ministério da Saúde que fomenta a Estratégia, inclusive com o aporte de recursos financeiros.

É possível verificar, em nosso estudo, a compreensão da necessidade de ampliar a rede de parceiros para continuidade da Estratégia. Nesse sentido, compartilhamos das questões levantadas por Paim (1998; 2002) ao analisar a relação das universidades com as intervenções de saúde: "os Pólos não merecem limitar-se a quistos de universidades, enquanto vitrines de mudanças virtuais". Observa-se que quando as instituições de ensino são convocadas, não medem esforços no sentido de envidar energias, crenças e esperanças na construção de outro modelo de atenção à saúde das famílias (SOUZA e MERCHÁN-HAMANN, 2009). A rede que neste estudo foi reconfigurada em vários momentos e interrompida por conflitos de interesse e arranjos decisórios conjunturais permitiu, também, assegurar a expansão e qualificação da ESF.

A literatura sobre sustentabilidade aponta, ainda, que capacidade de infraestrutura e estabilidade da força de trabalho são determinantes para a sustentabilidade (SCHEIRER, 2005; JOHNSON et al., 2004; WILTSEY-STIRMAN et

al., 2012). Estudos nacionais mostram que a rotatividade de pessoas e consequente falta de uma política de Recursos Humanos para o SUS é um problema acumulado e não resolvido, que incide sobre o nível local do sistema de saúde, como observamos neste estudo (CONILL, 2002; ACIOLE, 2012; CARVALHO, SANTOS e CAMPOS, 2013).

Ainda no que tange à estabilidade de recursos, também foi vista como um fator que influenciou fortemente o estudo realizado por Paine-Andrews (2000) que entende que iniciativas que recebem menos recursos financeiros e menos apoio técnico são menos valorizadas pela comunidade. Cabe frisar que muitos dos estudos sobre sustentabilidade se deram após a finalização do financiamento. Nosso estudo possui como especificidade o fato de que o financiamento externo continuou existindo durante toda a vida da Intervenção, através de aporte significativo de recursos pelo governo federal. Contudo, observa-se que, mesmo com este aporte financeiro externo, durante a trajetória da Estratégia observou-se uma descontinuidade da Intervenção, com possibilidade de rupturas em vários momentos.

A superação das questões relacionadas à falta de infraestrutura e à rotatividade de pessoal, bem como as sucessivas mudanças políticas demonstradas no evento crítico 3, foi possível graças a compatibilidade da Intervenção com a visão do governo. Outra dificuldade apresentada para a continuidade da ESF foi descrita no evento crítico 6 em relação à organização de práticas no processo de trabalho. Esta dificuldade já havia sido apontada por outro trabalho que tomou como caso o município em estudo (COSTA, 2009), entendendo que a inserção de novas práticas não necessariamente expressa à lógica de organização da proposta de modelo do ESF (TEIXEIRA, 2006).

Almeida et al. (2012) ao estudarem quatro experiências consolidadas de implantação das ESF com relação as estratégias de integração da rede discutem o enfrentamento de grandes obstáculos, dentre eles, as relações de poder instituídas, principalmente no que se refere a capacidade regulatória. Esta situação também foi vista como desfavorável em nosso estudo, por um lado, em relação às mudanças de função dos coordenadores de áreas e, por outro, devido a possibilidade de confronto com o setor privado que promove a oferta de serviços especializados.

Em síntese, os resultados ora apresentados levam à compreensão de que uma Intervenção pode ruir no momento de mobilização, mas a presença dos fatores estratégicos permite a continuação da mesma. As condições protetoras das intervenções serviriam como um pilar de sustentação para que, ao mesmo tempo em que a Intervenção se desestabiliza, em função das controvérsias (eventos críticos) exista um mecanismo que a fortaleça para que a mesma não venha a ruir (fator estratégico).

Acredita-se que os fatores estratégicos ligariam um evento crítico a outro, interagindo, formando uma amarração, uma rede de proteção que permitiria a evolução das intervenções. A presença de um fator estratégico compensa debilidades outras que possam surgir para ruptura da Intervenção, servindo como um fator de proteção para a perenidade da mesma. Os fatores estratégicos são capazes de fazer com que a Intervenção se sustente, não retroceda.

Assim, como descrito por Scheirer (2005) no processo de implementação de intervenções, entende-se que um fator que foi crucial para sua longevidade pode ter sido sem importância na genealogia de outras intervenções mesmo que sejam semelhantes. Em pesquisa recente realizada por Whelan et al. (2014) sintetizaram dez elementos importantes para a sustentabilidade das intervenções. São eles: o planejamento no momento da implementação da intervenção; usar evidências para identificar o problema; criar lideranças e estratégias de comunicação; envolver-se com a comunidade; o uso de mediadores; capacitação; avaliação da intervenção; alinhamento com a instituição; adaptabilidade da intervenção; e financiamento adequado. Nem todos estes elementos foram vistos como importantes em nosso estudo. Entendemos que os fatores aqui apresentados não são suficientes para uma validação automática de fatores potencializados para outros estudos sem um estudo empírico cuidadoso.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo investigativo permitiu-nos concluir que a sustentabilidade da ESF foi afetada positivamente por fatores estratégicos e que estes elementos protetores apresentados neste estudo em muito coincidem com os encontrados na literatura sobre sustentabilidade. No entanto, a perspectiva utilizada para compreender estes fatores estratégicos, como Estratégia adotada pelos atores para reestabilização da Intervenção, aponta para uma lógica diferenciada das escolhas metodológicas utilizadas por outros estudos produzidos anteriormente.

Cabe refletir sobre as contribuições e limitações do uso da Teoria do Ator Rede para a análise da sustentabilidade de intervenções. A aplicação da TAR a um novo objeto de pesquisa no campo da saúde, permitindo considerar de modo retrospectivo os caminhos percorridos, dando oportunidade de abrir a “caixa-preta”, analisando as interações entre os atores de diferentes setores, e conhecendo as consequências de suas ações, acredito que contribuem para o progresso dos estudos de sustentabilidade e também para a própria TAR.

Entretanto, o estudo da sustentabilidade de intervenções de saúde utilizando-se da Teoria do Ator Rede se depara com certos limites. A teoria ignora a hierarquia das relações. Esta fragilidade, de não considerar as relações de poder e tentar compreender que atores humanos e não-humanos ao seio da rede devem ser considerados no mesmo plano, é compreensível pelo contexto²³ para o qual a teoria foi pensada, mas deve ser revisada para novos estudos em saúde.

Em relação a novas pesquisas, é importante que possam ratificar os fatores estratégicos aqui encontrados ou identificar outros possíveis fatores estratégicos para a sustentabilidade de Intervenções em Saúde. Estudos no contexto nacional são de fundamental importância devido aos poucos estudos relacionados a sustentabilidade no Brasil, necessitando de investigações que possam captar as peculiaridades do contexto nacional.

²³ O princípio da simetria generalizada permitiu aos sociólogos da ciência se oporem aos filósofos que defendiam uma visão positiva da ciência que a melhor solução técnica prevalecia necessariamente. (AUBRY e POTVIN, 2012)

Outro ponto que merece investigação diz respeito à possibilidade da existência de “fatores desagregadores” que possam influenciar negativamente a sustentabilidade da intervenção. Compreender se há fatores que potencializam a ruptura pode prevenir as intervenções destes possíveis fatores.

Merece consideração, ainda, o estudo de intervenções de saúde que findaram após longo tempo de investimento financeiro governamental. No Brasil, a maior parte das iniciativas recebem recursos oriundos dos cofres públicos e o subsídio de informações pertinentes sobre o que potencializa a manutenção de intervenções serão bem vistas e permitirão ao gestor a tomada de decisão pautada em questões que munirão o decisor em relação ao possível sucesso ou fracasso de uma iniciativa.

Finalmente, a propósito das considerações discutidas ao longo desta tese, observamos que a sustentabilidade da ESF do município baiano se constituiu em um processo que contou de forma definitiva com a presença de atores-chaves. Este fator desempenhou um papel protetor principal nos momentos de desestabilização da Intervenção e deve ser objeto de outros estudos considerando de forma mais efetiva as relações de poder que envolve estes entes.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, dec. 2012.

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço público**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 293-301.

AKRICH, M; CALLON, M.; LATOUR, B. **Sociologie de la traduction: textes fondateurs**. Paris: Mines Paris, les Presses, 2006.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, set. 2012.

ANAKER, A.; ELF, M. Sustainability in nursing: a concept analysis. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. v. 28, n. 2, p. 381-9, 2014.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; ABDON, C.; SOUSA, M.F. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim, J.S. & Almeida-Filho, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 353-371.

ARMANI, D. **Como Elaborar Projetos? Guia Prático para a Elaboração e Gestão de Projetos Sociais**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

AUBRY, F ;POTVIN, L. (Org.) **Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé**. Montreal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.

BAHIA. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. Disponível em : <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipio.asp?cidade=290570&nome=CA MA%C7ARI>. Acesso em : 08 abr. 2014.

BILODEAU, A.; CHAMBERLAND, C.; WHITE, D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. **The Canadian journal of program evaluation**, v. 17, n 2, p. 59-88, 2002.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 23, n. 6, p. 403-9, 2008.

BISSET, S.; POTVIN, L. Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. **Health education research**, v, 22 n.5, p. 737-746, 2007.

BOPP, M.; SAUNDERS, R. P.; LATTIMORE, D. The Tug-of-War: Fidelity Versus Adaptation Throughout the Health Promotion Program Life Cycle. **The journal of primary prevention**, v. 34, p. 193-207, 2013.

BOSSERT. T. J. Can they get along without us? Sustainability donor-supported health projects in Central America and Africa. **Social Science Medicine**, v. 30, p. 1015-1023, 1990.

BOWMAN, C. C. et al. Measuring persistence of implementation: QUERI Series. **Implementation Science**, v. 3, n. 21, 2008.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Estratégia Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília**: Fundação Nacional de Saúde. 1994.20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Atenção Básica (PAB): parte fixa**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2014**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> >. Acesso em: 10 de janeiro de 2014.

BUENO, R.E. et al. Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 416–21, 2013.

CALLON, M. Éléments pour une sociologie de la traduction. **L'année sociologique**, 1986.

CALLON, M. Quatre modes pour décrire la dynamique de la science. In: AKRICH, M.; CALLON, M.; LATOUR, B. **Sociologie de la traduction : textes fondateurs**. Paris: Mines Paris, les Presses, 2006.

CALLON, M.; LATOUR, B. Le grand Léviathan a-t-il été apprivoisé? In: AKRICH, M.; CALLON, M.; LATOUR, B. **Sociologie de la traduction : textes fondateurs**. Paris: Mines Paris, les Presses, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Debate sobre o artigo de Conill. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, 2008.

CAPELLA, A.C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Revista brasileira de informações bibliográficas em ciências sociais**, v. 61, 2006.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S.. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, set. 2013

CHAMPAGNE, F. et al.. Modeliser les interventions. In: BROUSSELLE, A. et al. **L'évaluation: concepts et méthodes**. Montréal: Les Press de l'Université de Montréal. 2009.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.1, p.114-121, jan. 2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 2002.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al.. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Bulletin**, v. 33, n. 1, p.12-17, 1993.

COSTA, B. L. D.; PALOTTI, P.L.M. Relações intergovernamentais e descentralização: uma análise da implementação do SUAS em Minas Gerais. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, n. 39, June 2011.

COSTA, J. G. O modo tecnológico da vigilância da saúde e o trabalho das equipes de saúde da família [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2009; 131 p.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

DOWBOR, T. P. E.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 781-90, 2013.

ELIAS, P.; COHN, A. Health reform in Brazil: lessons to consider. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 1, p. 44–8, 2003.

ESCOREL, S. 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 Publica**, v. 21, n. 2/3, 2007.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al.. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1079-1095, jun. 2010.

FIGUEIRO, A.C et al. **Notas Metodológicas**. In: Atelier, 8 de junho de 2011, Universidade de Montreal: Canadá, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. ESF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al.. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, Rio de Janeiro, v.11, n. 26, p. 46 – 65, jan / jun 2006.

GIORDANI, J. A. La planificación como proceso social: um esquema de analisis. **Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoria y Método de La Planificación**, 1979. p. 147-177.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M, H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L et al. (Org.). **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008. Cap. 16.

GOODMAN, R. M. et al. Development of Level of Institutionalization (LoIn) scales for health promotion programs. **Health Education Quarterly**, v. 20, p. 161-178, 1993.

GOULART, F. **Experiências em Saúde da Família: cada caso um caso?** (Tese de Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

GRAWITZ, M. **Méthodologie des Sciences Sociales**. Paris: Dalloz, 2001. 11^aed.

GREEN, P.L; PLSEK, P.E. Coaching and leadership for the diffusion of innovation in health care: a different type of multi-organization improvement collaborative. **Journal on Quality Improvement**, v. 28, n. 2, p. 55–71, 2002.

GRUEN, R. L. et al. Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. **The Lancet**, v. 372, n. 9649, p. 1579-89, nov. 2008.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde e sociedade.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

HAWE, P; SHIELL, A; RILEY, T. Complex interventions: how “out of control” can a randomized controlled trial be? **The BMJ**, v. 328, n. 1561, 2004.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**, Toronto: Oxford University Press, 2003.

HUIJG, J. M. et al. Factors influencing the adoption, implementation, and continuation of physical activity interventions in primary health care: a Delphi study. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 142, 2013.

IBGE. **Cidades**. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/economia.php?lang=&codmun=290570&search=bahia|camacari|info%EF1ficos:-despesas-e-receitas-or%EF7ament%EF1rias-e-pib>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

JOHNSON, K. et al. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. **Evaluation Program Planning**, v. 27, p. 135–49, 2004.

KEATING, S. F.; THOMPSON, J.P.; LEE, G.A. Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners. **International Emergency Nursing**, v. 18, p. 147–153, 2010.

KELLY, R. M.; PALUMBO, D. Theories of policy making. In: HAWKESWORTH, M; KOGAN, M. **Encyclopedia of Government and Politics**: 2-vol. 2. ed. Londres/ Nova York : Routledge, 2001. p. 643-55.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Little Brown, 1984.

LATOUR, B. Technology is society made durable. In: LAW, J. (Ed.) **A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination**. London: Routledge, p.103-131, 1991.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora Nova fronteira. 1994

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade a afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LATOUR, B. **A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru/SP: EDUSC, 2001.

LATOUR, B. **Changer de société: refaire de la sociologie**. Paris: la découverte, 2006.

LATOUR, B; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1997.

LAW, J. **Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity**. Centre for Science Studies, Lancaster University, Lancaster, 1992. Disponível em: <<http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/law-notes-on-ant.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2012.

LE MOIGNE, J. L. **La modélisation des systèmes complexes**. Paris: Dunod, 1999.

MACHADO, S. H. S. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação de política nacional de medicamentos. **Revista da administração pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 543-565, mai/jun 2013.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the Impact of

- the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.
- MAGALHAES, R. et al . Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011.
- MALLMAN, E. M.Redes e mediação: princípios epistemológicos da Teoria da Rede de Mediadores em educação. **Revista Ibero-americana de Educacion**, n.54, set/dez 2010.
- MANCINI, J.A.; MAREK, L.I. Sustaining Community-Based Programs for Families: Conceptualization and Measurement. **Family Relations**, v. 53, p. 339–347, 2004.
- MANCUSO, W. P.; MOREIRA, D. C. Benefícios tributários valem a pena?: um estudo de formulação de políticas públicas. **Revista de Sociologia e Política.**, v..21, n.45, p.107-121, mar 2013.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA. 1997.
- MEDINA, M.G. et al. **Caracterização da atenção primária à saúde em municípios que aderiram ao Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Bahia**. Relatório Final, Salvador, 2008.
- MEDINA, M.G; HARTZ, Z.M.A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.5, p. 1153-1167, 2009.
- MÉGIE, A. Mise en œuvre. In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; RAVINET, P. **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2004. p. 283-289.
- MELO, M.F.A.Q. A pipa e os quatro significados da mediação sócio-técnica: articulações possíveis entre a Educação e a Psicologia para o estudo de um brinquedo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 10, n.2, 2010.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**.São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-159.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec. 2.ed., 2004. 296 p.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009.

MORITZ, A.F.E. **Satisfação do Usuário com a Dispensação de Medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação**. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

NAY, O; SMITH, A. **Le gouvernement du compromis : Courtiers et généralistes dans l'action politique**. Paris: Economica, 2002.

NEVILLE, D. et al. **What are the key factors and processes associated with sustained environmental change supportive of health promotion?** Newfoundland and Labrador Center for Health Information, St. John's, Newfoundland, 2000.

NOBRE, J. C. A; PEDRO, R. M. L .R. **Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede**. Cadernos UNIFOA. Edição 14. 2010. Disponível em: <<http://www.foa.org.br/cadernos/edicao/14/47.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2011.

NOVAES, H. M. D. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, ago. 2006.

OLDENBURG et al., Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. **Health education research**, v.14, n.1, p. 121–130, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS). **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago: OPAS; 1975. (Documento Oficial n. 173).

PAILLÉ, P. & MUCCHIELLI, A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. Paris: Armand Colin, 2003.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 187-220.

PAIM, J.S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". **Série Estudos em Saúde Coletiva**, **175**, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. (esp), p.73-8, 2006.

PAINE-ANDREWS, A. et al. Promoting Sustainability of Community Health Initiatives: An Empirical Case Study. **Health Promotion Practice**, v.1, n. 3, p.248-258, 2000.

PINAFO, E. et al.. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho e educação em saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011.

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. (Tese de Doutorado) - Núcleo de Pós-graduação em Administração. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista Políticas Públicas**, São Luis, v. 12, n. 1 p. 27-36, jan/jun. 2008.

PLUYE, P. Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes. Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé. 2002. (**Thèse de doctorat**) - GRIS, Faculté de Médecine, Université de Montréal. Montréal, 2002.

PLUYE, P. et al. Program sustainability: focus on organizational routines. **Health Promotion International**, v.19, n. 4, p. 489-498, 2004.

PLUYE, P. et al. Program sustainability begins with the first events. **Evaluation Program Planning**, v. 28, p.123-37, 2005.

POTVIN, L et al.. **Estratégias de institucionalização de intervenções inovadoras em matéria de equidade em saúde no Brasil: um projeto piloto em preparação de um estudo comparativo**. In: Atelier, 8 de agosto de 2010, Hotel Bahia Marina: Brasil.2010.

POTVIN, L; HADDAD, S; FROHLICH, K.L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: WHO-Europe. **Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO-Europe, pp. 45-62, 2001.

POTVIN, L. et al.Systèmes de programmation. In: **Seminário avançado: programação e avaliação em promoção da saúde**, 2006, Recife, IMIP, 2006a.

POTVIN, L., GENDRON, S., BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (Eds.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes Editorial. 2006b.

POTVIN, L; GOLDBERG, C. Deux roles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In: O'NEILL, M.; DUPERE, S.; PEDERSON, A.; ROOTMAN, I. (Org.) **Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques**. Canada: Les presses de l'Université Laval, 2006.

POTVIN, L, CLAVIER C. La théorie de l'acteur-réseau. In: AUBRY F, POTVIN L, eds. **Construire l'espace socio-sanitaire. Expériences en recherche dans la production locale de la santé**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2012.

RENDEIRO, M. M. P. **O Ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema de Saúde Brasileiro: atores, ideias e Instituições**. 2011. (Tese de Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

RIDDE et al. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 54, p. 421-431, 2006.

ROSA, W. A G. A.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. Expressing and assessing Program Theory. In: ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systemic approach**. 7. ed. Thousand Oaks: Sage, 2004. p.133-152.

SAVARD, J. F. Policy Cycles. In: CÔTÉ, L.; SAVARD, J.F. (Eds.). **Encyclopedic Dictionary of Public Administration**, (online). Disponível em: <http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/definitions_anglais/policy_cycles.pdf>. Acesso em: 04 abr 2014.

SCHEIRER, M. A. The life cycle of an innovation: Adoption versus discontinuation of the Fluoride Mouth Rinse Program in schools. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 31, p. 203-215. 1990.

SCHEIRER, M. A. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. **American Journal of Evaluation**, v.26, p.320-47. 2005.

SCHEIRER, M. A. An agenda for research on the sustainability of public health programs. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 11, p.2059-67, 2011.

SCHEIRER, M. A. Linking Sustainability Research to Intervention Types. **American Journal of Public Health**. v. 103, n. 4, p.73-80, 2013.

SCHEIRER, M. A.; HARTLING, G.; HAGERMAN, D. Defining sustainability outcomes of health programs: Illustrations from an on-line survey. **Evaluation Program Planning**, v. 31, n. 4, p. 335-346, 2008.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. 2. ed., São Paulo, Hucitec, 1993.

SECCHI, L. Ciclo de políticas públicas. In: SECCHI, L. **Políticas Públicas**, (online). Disponível em: <<http://encontroprogramadeprotecao.files.wordpress.com/2011/11/ciclo-de-polc3adticas-pc3bablicas.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

SHEDIAC-RIZKALAH, M. C.; BONE, L. R. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. **Health Education Research**, v.13, n 1, p. 87-108, 1998.

SILVA, N. C.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saude e sociedade.**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010.

SOARES, L. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, p. 17-24, 2000. Número especial.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec. 2001.

SOUSA, M. F. et al.. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Brasil. **Divulgação em saúde para debate**, v. 21, p. 7-14, 2000.

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

Souza, L.E.P.F.; Silva, L.M.V.; Hartz, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz, Z.M.A., Vieira da Silva, L.M. (Orgs.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2005. P. 41-74.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, H. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Celag, 2002. p. 221-240.

STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

STECKLER A.; GOODMAN, R. M. How to institutionalize health promotion programs. **American journal of health promotion**, v. 3, p.34-44, 1989.

SWERISSEN, H.; CRISP, B. R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. **Health Promotion International**, v. 19, n. 1, p.123-30, mar. 2004.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 515-531.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção á saúde no SUS.**Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, Ano V, n. 7, p. 10-23, 2003/2004.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L.; PAIM, J. S. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília - DF, v. VII, n.2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre; Rio de Janeiro: Artes Médicas; Abrasco, 1992.

UCHÔA, A.C.Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, 2009.

URIBE RIVIERA, F. J. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

WHELAN, J. et al. Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: identifying key elements to provide guidance. **Journal of Public Health**, v. 36, N. 2, p. 347 –351, may 2014.

WHOLEY, J. S., HATRY, H. P., NEWCOMER, K. E. (Eds) (1994) **Handbook of Practical Program Evaluation**, Jossey Bass Publishers, San Francisco, 1994.

WILTSEY – STIRMAN, S. et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. **Implementation Science**, v. 7, n. 17, 2012.

WORTHEN, B. R. et al. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas para descrição da sustentabilidade da Intervenção a partir dos eventos críticos

1. De acordo com sua experiência, quais são os eventos que influenciaram ou positivamente ou negativamente o desenvolvimento das **práticas atuais** do programa?
 - No plano das práticas intersetoriais;
 - No plano das atividades de pesquisa;
 - No plano das atividades de formação.

2. Com a ajuda do modelo desenvolvido na oficina:
Quais são seus comentários ou reações sobre esta modelização preliminar dos eventos que marcaram o desenvolvimento das **práticas atuais** do programa?
 - Em sua opinião, há outros eventos que não foram mencionados e que tiveram uma influência positiva ou negativa sobre o desenvolvimento das práticas atuais?

Para cada um dos eventos identificados pela pessoa na modelização preliminar:

 - Você pode descrever este evento ou dizer o que aconteceu concretamente?
 - Quais eram as pessoas envolvidas neste evento e sua função (tomadores de decisão eleitos, gestores, intervenientes, participantes)?
 - Qual era seu papel e como você descreve sua influência neste evento?
 - Em sua opinião, este evento marcou o desenvolvimento das práticas atuais, sim ou não?
 - Foi muito importante, importante, pouco importante, sem qualquer importância?
 - Quais são, em sua opinião, as consequências particulares deste evento?
 - Como você caracteriza sua influência sobre o desenvolvimento das práticas atuais: ela é positiva ou negativa?

3. Você pode nos indicar algumas fontes que nos permitem documentar estes eventos? (*atas de encontros, cartas de intercâmbio ou acordos assinados, diretrizes ou políticas, documentos de planejamento, balanços de atividades, avaliações mais sistemáticas, etc.*)

4. Em sua opinião, há outras pessoas que deveríamos encontrar para ter mais informações ou outros pontos de vista sobre os eventos que você identificou?

APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas para análise do papel do defensor na sustentabilidade da Intervenção

1. Fale-me um pouco da Estratégia Saúde da Família em Município baiano. (*concepção sobre a Intervenção; apoiadores e opositores; dinâmicas e negociações, etc.*)
2. Você pode identificar alguns atores importantes para a continuação da Estratégia Saúde da Família em Município baiano, seja positivamente ou negativamente? (*atores humanos e não humanos*)
3. Em sua opinião, você é/foi um ator importante para a Estratégia Saúde da Família em Município baiano? Por quê?
4. Caso você acredite que tenha influenciado a continuidade da Estratégia Saúde da Família e Município baiano, existe algo que demonstre esta influência? Há alguma habilidade específica para ser um ator?
5. Agora eu vou citar um conjunto de atores ou grupos e você vai dizer se, em sua opinião, eles influenciaram positivamente, negativamente ou não influenciaram na implementação ou continuidade da Estratégia Saúde da Família em Município baiano:

- Mídia local
- Empresários privados
- Conselho municipal de saúde
- Usuários/população
- Profissionais do Programa
- Governo estadual
- Governo federal
- Estrutura física das EqSF
- Universidades
- Outros

APÊNDICE C- Características gerais dos entrevistados

Nome dado	Vinculação com a Estratégia	Tempo de relação com a Estratégia	Momento da entrevista
Amarelo	Ensino e Pesquisa	2004; 2007/2008	(01/2011)
Azul	Ensino e Pesquisa	1999/2003; 2006/2008	(01/2011)
Bandeira	Profissional de saúde	1999/2005	(03/2013)
Escarlate	Gestão	2006/2007	(08/2010)
Flicts	Ensino e Pesquisa	2000/2003; 2005/2006	(11/2010)
Laranja	Profissional de saúde	2009/ momento da entrevista	(01/2011)
Lilás	Profissional de saúde	2006/ momento da entrevista	(02/2011)
Marrom	Profissional de saúde	1998/ momento da entrevista	(01/2011)
Pink	Gestão	1998/ momento da entrevista	(03/2013)
Rosa	Gestão	1998/ momento da entrevista	(11/2010)
Royal	Gestão	2005/2006	(03/2013)
Turquesa	Gestão	2007/2009	(03/2013)
Verde	Profissional de saúde	2008/ momento da entrevista	(11/2010)
Vermelho	Liderança comunitária	1998/ momento da entrevista	(01/2011)

APÊNDICE D– Instrumento de sistematização dos Eventos Críticos

NOME DO EVENTO	
SÍNTESE DO EVENTO:	
Categorias	Descrição/operacionalização do Evento Crítico
ATORES / ATUANTES	
INTERESSES	
INTERAÇÕES	
MEDIAÇÃO TÉCNICA	
AÇÕES	
INSCRIÇÕES	
LUGAR	
TEMPO	
CONSEQUÊNCIAS	

APENDICE E – Instrumento de aferição do grau de concordância dos eventos críticos da Estratégia Saúde da Família no município baiano

Item 1 - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DAS MATRIZES DE AFERIÇÃO DO GRAU DE CONCORDÂNCIA DOS EVENTOS CRÍTICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO BAIANO

PROJETO DE PESQUISA: Estratégias de institucionalização das intervenções em matéria de equidade em saúde – Município Baiano.

PESQUISADORES: Sydia Rosana de Araujo Oliveira e Maria Guadalupe Medina

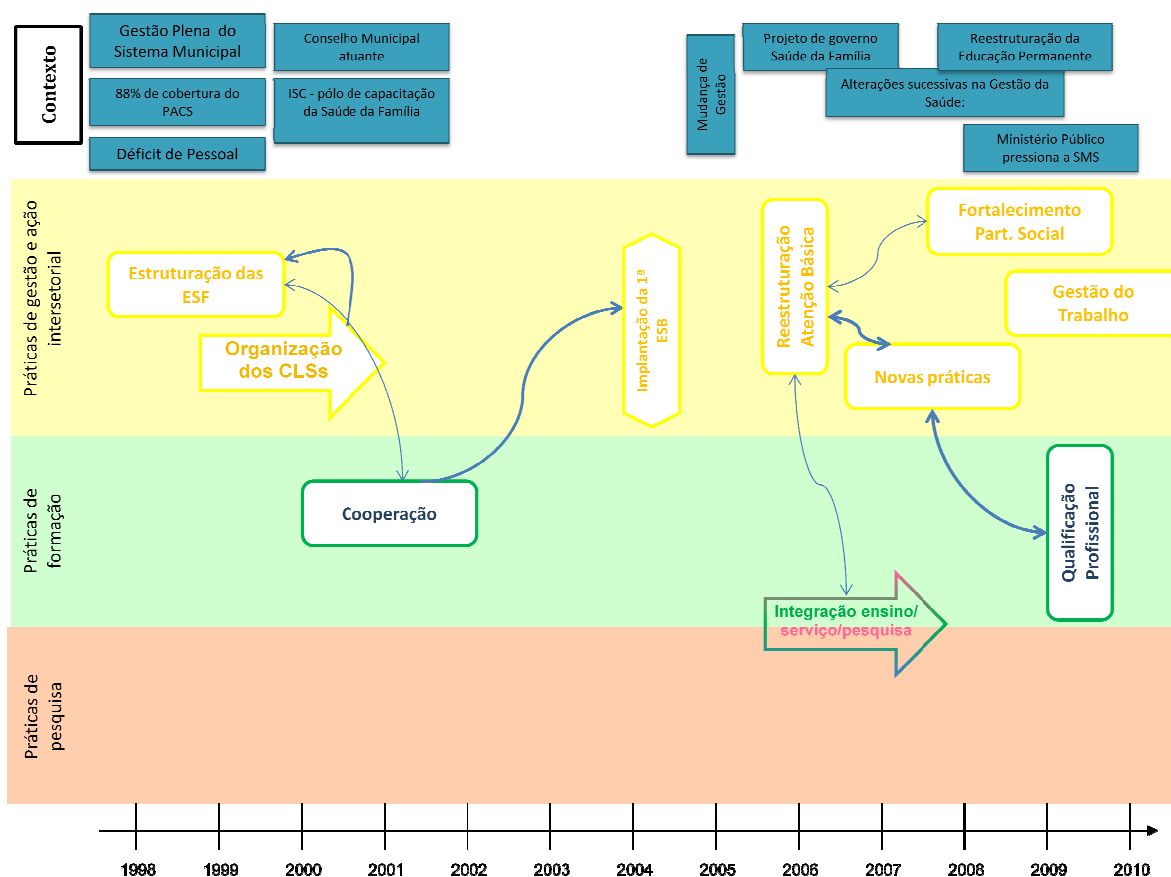
Instruções para os informantes-chaves convidados para a oficina de consenso para **validação dos resultados** da pesquisa intitulada “Estratégias de institucionalização das intervenções em matéria de equidade em saúde”.

Prezado participante,

1. O Sr.(a) está recebendo em anexo o arquivo **MATRIZ DE AFERIÇÃO DO GRAU DE CONCORDÂNCIA DOS EVENTOS CRÍTICOS DA ESF DO MUNICÍPIO BAIANO. doc** que contém duas tabelas.
2. Na primeira tabela são apresentados os 10 eventos críticos que correspondem aos eventos mais importantes que compõem a história do Estratégia Saúde da Família. Esses eventos críticos são: Estruturação do Estratégia Saúde da Família (ESF); Organização dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs); Cooperação entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e Município baiano; Implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB); Reestruturação da Atenção Básica; Integração ensino/ serviço/ pesquisa; Reorganização do processo de trabalho da Atenção Básica (Novas práticas); Qualificação Profissional; Fortalecimento da Participação Social e Modificação do modelo de Gestão do Trabalho.
3. Para cada evento crítico apresentado estão descritas as suas características principais na coluna assinalada como “**Síntese do Evento**”, que permitirá ao senhor (a) compreender o nosso entendimento em relação a cada evento.
4. A coluna seguinte apresenta a “gradação atribuída aos eventos críticos”, onde solicitamos que o Sr.(a) leia com atenção cada um dos eventos críticos, assim como suas sínteses e atribua, individualmente, a sua concordância total; concordância parcial; nem concordância, nem discordância; discordância parcial; ou discordância total, em relação a cada enunciado.
5. No caso de discordância com as informações, solicitamos que seja descrito o motivo da discordância, no campo **esclarecimentos**.
6. O Sr.(a) pode também sugerir a inclusão de novos eventos críticos, ou ainda inserir outros comentários, no espaço **observações**.
7. Na segunda tabela foram descritas pequenas afirmativas em relação a cada um dos eventos críticos, onde solicitamos ao senhor (a) que informe sobre **o grau de concordância ou discordância com as afirmações propostas**, referentes a cada um dos 10 eventos críticos que compõem a trajetória da ESF do município baiano, podendo haver concordância plenamente (CPL); concordância parcial (CPA); nem concordância, nem discordância (NCND); discordância parcial (DPA); ou discordância plenamente (DPL).

8. Nesta tabela solicitamos, também, que no caso de discordância com as informações apresentar os motivos da discordância no campo esclarecimentos, além da possibilidade de inclusão de novas afirmativas ou outros comentários, no campo observações.
9. Cabe ressaltar que há um arquivo intitulado **linhadotempo.ppt**, em anexo, que apresenta a linha do tempo do Estratégia Saúde da Família, que pode auxiliá-lo no preenchimento da Matriz.
10. A planilha devidamente preenchida deve ser remetida para o e-mail até o dia vinte e quatro de novembro (24/11), a fim de que possam ser consolidadas para a apreciação na segunda etapa, a qual ocorrerá no mês de dezembro, conforme sugestão da melhor data pelos participantes.

Item 2 - LINHA DO TEMPO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO BAIANO.



Item 3 - MATRIZ DE AFERIÇÃO DO GRAU DE CONCORDÂNCIA DOS EVENTOS CRÍTICOS DA ESF DO MUNICÍPIO BAIANO

I – Eventos críticos da Estratégia Saúde da Família do município baiano.

Eventos Críticos	Síntese do Evento	Gradação atribuída aos Eventos Críticos					Esclarecimentos	Observações
		CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
1. Estruturação do Estratégia Saúde da Família (ESF) em do município baiano	A implantação de Projeto Piloto, a Equipe de Saúde da Família, em 1998, dá início a todo o processo de estruturação da Saúde da Família no município. Nos anos seguintes, ocorre expansão rápida, contando em 2001, com 21 EqSF. Este processo de expansão é interrompido, em 2003, quando a atenção básica sofre em função da saída do gestor da saúde, iniciando-se um processo de mudanças nos cargos da gestão municipal.							
2. Organização dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs)	Os CLSs foram implantados paralelamente as EqSFs, como forma de capilarizar o controle social no município. Estes passaram por vários períodos de desestruturação e reestruturação, tendo sido considerado 1999, o momento de caracterização do evento crítico na linha do tempo, em função de que neste momento havia organização dos CLSs em todas as EqSFs existentes.							
3. Cooperação entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e do município baiano	As atividades de cooperação entre o ISC e do município baiano iniciaram-se com as atividades da Residência em Medicina Social, em 2000. A inserção dos Residentes esteve muito ligada à atividade de formação no município, em função do ISC ser o pólo de Capacitação para as Equipes de Saúde da Família no Estado. Assim, o treinamento introdutório foi uma solicitação constante da gestão como atividade a ser desenvolvidas no município pelos residentes. Esta cooperação se rompe em 2003, em função de problemas diversos.							
4. Implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB)	A implantação da saúde bucal na atenção básica do município se deu, ainda, na década de 70, no programa saúde escolar. Porém, a implantação junto as EqSFs se efetiva, apenas, em 2004. Entre 2006 e 2008, há um acréscimo de 10 novas Equipes de Saúde Bucal no município.							
5. Reestruturação da Atenção Básica	O gestor municipal define como projeto de governo, a reestruturação da atenção básica, tendo a Estratégia de Saúde da Família, como Estratégia de reversão do modelo assistencial. Assim, prioriza a estruturação física das Unidades, com construção de unidades novas e readequação das existentes.							
6. Integração ensino/ serviço/ pesquisa	Em 2005, restabelece-se a cooperação com as universidades e estruturação de um setor específico na coordenação de educação permanente para acompanhamento destas atividades. A cooperação passa a ser desenvolvida com							

	diversas instituições de ensino, tornando-se do município baiano um campo de formação, e também, de pesquisa.							
7. Reorganização do processo de trabalho da Atenção Básica (Novas práticas)	A partir da constituição de nova equipe de trabalho da gestão, em 2006, diversas atividades de reorganização do processo de trabalho são desenvolvidas no âmbito da atenção básica, sendo influenciadas, inicialmente, pela dificuldade no acompanhamento e supervisão direta e periódica das Equipes. Assim, ocorre a implantação dos núcleos matriciais, o processo de territorialização e a constituição do apoio institucional.							
8. Qualificação Profissional	As atividades de qualificação profissional passam a ser realizadas numa construção coletiva, a partir da prática do dia-a-dia das Equipes, com a criação de espaços de discussão, saindo de uma lógica pontual, para uma perspectiva permanente. Além, da realização de curso de linhas de cuidado para formação de multiplicadores.							
9. Fortalecimento da Participação Social	Inicia-se um trabalho de mobilização social a partir das pré-conferências da IV Conferência Municipal de Saúde de do município baiano que culmina com a criação da ouvidoria no município.							
10. Modificação do modelo de Gestão do Trabalho	Em função da inexistência de política de RH para a atenção básica, existia no município um elevado número de profissionais com cargos comissionados e terceirizados. Este problema foi identificado e estabeleceu-se no início de 2006, critérios de contratação temporária e terceirização dos profissionais pela FUNDAÇÃO DE APOIO. Ao final de 2007, o município realiza concurso público, porém a efetivação dos novos profissionais se dá em janeiro de 2009, com demissão abrupta e massiva dos profissionais da ESF, em dezembro de 2008, deixando várias unidades sem profissionais, comprometendo o trabalho do município por um período até a re-estabilização dos quadros.							

II – Grau de Concordância entre afirmativas e eventos críticos

Eventos Críticos	Gradação					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
1. Estruturação do Estratégia Saúde da Família (ESF) do município baiano							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		

<p>1.1. A SMS possuía uma equipe de profissionais que com apoio da Universidade esteve empenhada na implementação da ESF, sendo em 1997 reativado o PACS. Porém, a implantação foi realizada com discussão entre profissionais/gestores e comunidade para apresentação da nova proposta assistencial. Observou-se que os benefícios trazidos pelo programa permitiram a substituição gradativa das Unidades básicas tradicionais, chegando a um total de 21 EqSF, em 2002, porém com deficiências na consolidação das ações das equipes, especialmente, pela limitação no processo de supervisão destas.</p>							
<p>1.2. Em 2003, ocorre uma desorganização da Atenção Básica decorrente das mudanças de cargos na SMS, tendo por fim, mudança político partidária em 2004. Para os diversos informantes, estas mudanças tiveram um forte impacto na implementação da ESF, sendo um marco importante que trouxe mudanças do ponto de vista do desempenho do programa. Esta fragilização da gestão leva, ainda, a desestruturação dos Conselhos Locais de Saúde, que foram implantados concomitantes as USF.</p>							
<p>2. Organização dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs)</p>							
<p>Foram importantes neste processo:</p>	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
<p>2.1. As atividades dos Conselheiros eram no momento da implantação, pouco difundidas na comunidade, mesmo com presença de CLS em Unidades Básicas. Ao mesmo tempo, as lideranças locais e os conselheiros possuíam interesses políticos partidários, levando às decisões dos conselheiros estarem muito atreladas as flutuações político-partidárias, com pouca atuação na busca de formulação de políticas de saúde. Esta situação começa a se modificar com o trabalho de alguns profissionais de saúde interessados nas atividades do conselho, os quais realizam um trabalho de mobilização social nas comunidades, para realização das pré-conferências e da IV Conferência Municipal de Saúde.</p>							
<p>2.2. Observa-se um forte apoio da igreja católica na estruturação dos CLS, ao mesmo tempo em que embates entre a SMS e os Conselhos de Saúde levam a dissolução dos Conselhos em vários momentos. Segundo entrevista, mesmo sem apoio da gestão, há CLSs que continuaram em funcionamento, a exemplo da Gleba E, e Monte Gordo. Em 2009, cria-se um setor específico para implantação, controle e acompanhamento do controle social, no DAB/ do município baiano, e reativa-se os Conselhos de Gestão Participativa das Unidades de Saúde (CLS), com reestruturação de 21 CLSs.</p>							
<p>3. Cooperação entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e do município baiano</p>							
<p>Foram importantes neste processo:</p>	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
<p>3.1 Necessidades de negociação sistemática com o município para permitir as condições de manutenção (transporte, alimentação) da residência do município baiano, já que os profissionais da saúde não entendiam por que os residentes possuíam um apoio do município para</p>							

realização das atividades, o que foi garantido até 2003, pelo gestor municipal, que entendia a importância de uma relação estreita com o pólo de capacitação das EqSF. Esta cooperação entre o município baiano e a academia permitia um processo de interação, onde os residentes realizavam sua formação, mas também atuavam com formadores permitindo que o processo de qualificação profissional das EqSF fosse realizado de forma continuada.							
3.2 Os residentes desempenhavam um papel de movimentação que impactava na organização do processo de trabalho das Equipes. Porém apresentavam críticas ao trabalho, causando ruídos entre a gestão e a residência, levando muitas vezes, ao trabalho dos residentes estarem em paralelo às atividades dos técnicos e gestores municipais.							
4. Implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB)							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
4.1 As atividades de Saúde Bucal no município estavam bastante atreladas às demais secretárias do município baiano, em especial a Secretária de Desenvolvimento Comunitário, para realização das atividades na creche comunitária. Com a cooperação entre o ISC e Município baiano, realiza-se um diagnóstico da situação da assistência odontológica aos munícipes, que subsidia a estruturação das ESB, em 2004, e conseqüente, implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas							
4.2 A incorporação da equipe de saúde bucal na ESF se deu tardiamente, com a implantação de uma equipe em 2004, e mais 8 equipes em 2005, porém estas equipes foram implantadas sem nenhuma condição de trabalho, o que só acontece após um processo de reorganização e estruturação dos consultórios odontológicos, mantendo-se o quantitativo de 9 equipes até 2007. A partir deste momento, todas as EqSFs inauguradas contavam com uma Equipe de Saúde Bucal modalidade I.							
4.3 Com intuito de implantar no município a ESB, modalidade II, realiza-se uma parceria com Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) e SESAB, para realização de Curso de Técnico de Higiene Dental. O curso teve ainda, como consequência, a participação dos profissionais do programa, que atuaram como docentes, além do município ser campo de prática e estágio supervisionado.							
5. Reestruturação da Atenção Básica							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
5.1 Mudanças político-partidárias na gestão municipal, em 2005, com nova equipe de trabalho no âmbito da SMS do município baiano e com novo projeto de governo: a Reestruturação e reorganização do sistema de saúde, a partir da Estratégia de saúde da Família. As evidências apontam, ainda, a existência de alianças político-partidárias ampliadas, com maioria na câmara de vereadores, e apoio do gestor estadual							

caracterizando um contexto político favorável à implementação do projeto de governo.							
5.2 Em função das dificuldades encontradas no município, a gestão priorizou a reestruturação física das unidades existentes e construção de novas unidades, que possibilitassem a implantação do NASF. Observa-se aumento progressivo no número de USF (22 EqSF em 2005, 25 EqSF em 2006, 29 EqSF em 2007), e definição das 08 (oito) localidades prioritárias para a construção das unidades modelo. Em seguida, organização do processo de trabalho, porém não foi possível amadurecer este trabalho, em função da transição entre secretários, sendo retomado por outro gestor municipal, com concomitante ampliação do número de equipes							
6. Integração ensino/ serviço/ pesquisa							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
6.1 A gestão municipal teve interesse em reorganizar os processos de trabalho e entendia que esta atividade torna-se mais efetiva com a presença das universidades. Assim, o município incentiva o processo de formação de Recursos Humanos para o SUS, retomando a cooperação com Universidades públicas e privadas, em 2005. Ao mesmo tempo, percebe-se o interesse da academia (UFBA) em ter no município baiano um campo de prática permanente, tanto para as ações de formação, como para as ações de pesquisa.							
6.2 Presença de egressos de curso de especialização e residência em Saúde Coletiva, no quadro técnico da SMS do município baiano, levando a grande receptividade por parte destes, na organização dos serviços de saúde, como espaço de formação, e não apenas com foco assistencial.							
7. Reorganização do processo de trabalho da Atenção Básica (Novas práticas)							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
7.1 Preocupação com a requalificação dos processos de trabalho, iniciando com a territorialização no município, para realização do matriciamento e apoio institucional. Em 2008, o município contrata 90ACS e um técnico para realização do mapeamento, porém segundo informante, a redefinição dos territórios teve um viés político, com interesse da gestão em priorizar determinadas áreas em detrimento de outras. Observa-se que o matriciamento seguiu a lógica da territorialização, agregando as unidades existentes a uma hierarquização dos serviços, constituindo-se referência para um determinado número de unidades de saúde da família, retardando a implantação dos NASFs.							
7.2O município não contava com um quadro amplo de RH, o que dificultava a implementação da supervisão, optando-se por utilizar os coordenadores das áreas existentes. Esta proposta não conseguiu ser implantada, em 2006, segundo informante, devido a questões político							

partidárias, sendo de fato implantada em 2010, como Apoio institucional (supervisão).							
7.3 Em função da proposta de requalificação do processo de trabalho observa-se, no ano de 2009, a utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento das EqSF, com intuito de aperfeiçoar as ações da assistência, sendo utilizado um estudo piloto na sede com aplicação dos instrumentos em dez equipes de Saúde da Família. Porém, esta ação não foi adiante em função da ruptura da rede sócio-técnica e da desestruturação do processo de apoio institucional.							
8. Qualificação Profissional							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
8.1 A coordenação de Educação Permanente realizava um trabalho de apoio logístico as atividades feitas por outros setores da secretária havendo uma grande quantidade de atividades realizadas sem programação e com característica de educação continuada, até o momento da reestruturação da coordenação de educação permanente, onde foi definida a imagem-objetivo da EP e criaram-se os núcleos de ação no âmbito do departamento de planejamento.							
8.2 Para a reorganização do processo de trabalho das EqSF do município baiano e fortalecimento das práticas educativas na microrregião leste firma-se um termo de compromisso com o Estado para consolidação da Estratégia de Saúde da Família, a partir do Curso de Especialização em linha de Cuidado. Este curso possibilitava um diálogo aberto entre a gestão e a ponta, sendo prejudicado em função da demissão de diversos profissionais. Ao mesmo tempo, implantasse os espaços de discussão e troca de experiências nas reuniões mensais das EqSF, com objetivo de socializar conhecimentos e transformar este espaço, em momento de formação e não apenas de discussão dos problemas administrativos. Esta iniciativa é reconhecida com premiação na II Mostra Estadual de Saúde da Família.							
9. Fortalecimento da Participação Social							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
9.1 A participação popular na IV Conferências Municipais de Saúde se deu graças à mobilização dos profissionais das EqSF e conselheiros locais e municipais na organização das Pré-conferências Municipais, que garantiu a representatividade e a paridade de delegados e possibilitou maior participação e abertura para a comunidade, além de priorização dos problemas junto com a sociedade civil. Segundo informante diversos atores sofreram represália em função desta articulação com a sociedade. Gestora Municipal teve problemas políticos para enfrentar e profissionais do programa foram os primeiros a serem demitidos (extinção contrato Fundação de Apoio)							
9.2 Mesmo com toda a articulação e mobilização social, no momento da IV Conferência Municipal, observa-se que as decisões do conselho e das conferências não foram utilizadas por algum tempo na elaboração da política municipal de saúde, há indicativo de que o relatório da IV Conferência Municipal foi utilizado pelo planejamento na elaboração do Plano Municipal de saúde							

9.3 Em 2010 cria-se o setor de mobilização social no âmbito da SMS do município baiano para fortalecimento da Educação Popular, com disseminação desta proposta e sensibilização da população para redução das interferências político-partidárias nas decisões das conferências e conselhos.							
10. Modificação do modelo de Gestão do Trabalho							
Foram importantes neste processo:	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
10.1 Decisão da gestão municipal pela elaboração de uma política de gestão do trabalho, com contratação dos Profissionais da saúde pela fundação de apoio, permitindo certa 'estabilização' profissional, além de concentração de todas as contratações em uma única organização, diminuindo as fragmentação dos vínculos e as diferenças de salários entre profissionais com mesmo cargo.							
10.2 A tentativa de estabelecer apenas uma forma de contratação dos profissionais em 2006, a SMS decidiu pela terceirização, via fundação de apoio (fundação de apoio). Porém, o ministério público passa a exigir a desprecarização do vínculo, isto é, a realização de concurso público e demissão dos profissionais contratados. Após o concurso a exigência do Ministério Público é pela homologação dos concursados e a ruptura do contrato com a fundação de apoio, porém a demissão massiva dos profissionais, sem contratação de todos os concursados, leva a uma fragilização da proposta do Programa. Ao mesmo tempo, com os novos concursados abre-se uma possibilidade de estruturação da ESF, e conseqüentemente, das relações de trabalho para os profissionais, garantindo uma estabilidade para o município e para os profissionais.							

APÊNDICE F - Matriz final para aferição do grau de concordância dos eventos críticos da ESF do município baiano

I – Eventos críticos da Estratégia Saúde da Família do município baiano

- Atribuir de zero a dez pontos, a importância relativa de cada evento crítico para a sustentabilidade do ESF do município baiano. 10 significando que o evento crítico era da mais alta importância para a sustentabilidade do Programa e 0 significando que o evento crítico deveria ser excluído.

Eventos Críticos	Ponto atribuído ao evento Crítico - Escala de Zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Esclarecimentos	Observações
1. Estruturação do Estratégia Saúde da Família (ESF) do município baiano			
2. Organização dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs)			
3. Cooperação entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e o município baiano			
4. Implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB)			
5. Reestruturação da Atenção Básica			
6. Integração ensino/ serviço/ pesquisa			
7. Reorganização do processo de trabalho da Atenção Básica (Novas práticas)			
8. Qualificação Profissional			
9. Fortalecimento da Participação Social			
10. Modificação do modelo de Gestão do Trabalho			

II – Grau de Concordância entre afirmativas e eventos críticos

Evento Crítico: ESTRUTURAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO BAIANO			
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante	Esclarecimentos	Observações

	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: A implantação de Projeto Piloto, a Equipe de Saúde da Família na Unidade 1, em 1998, dá início a todo o processo de estruturação da Saúde da Família no município. Nos anos seguintes, ocorre expansão rápida, contando em 2001, com 21 EqSF. Este processo de expansão é interrompido, em 2003, quando a atenção básica sofre em função da saída do gestor da saúde, iniciando-se um processo de mudanças nos cargos da gestão municipal.							
1.1. A SMS possuía uma equipe de profissionais que com apoio da Universidade esteve empenhada na implementação da ESF, sendo em 1997 reativado o PACS. Porém, a implantação foi realizada com ruídos entre profissionais/gestores e comunidade para apresentação da nova proposta assistencial. Observou-se que os benefícios trazidos pelo programa permitiram a ampliação gradativa das USF, chegando a 21 Equipes, em 2002, porém com deficiências na consolidação das ações das equipes, especialmente, pela limitação no processo de supervisão destas.							
1.2. Em 2003, ocorre uma desorganização da Atenção Básica decorrente das mudanças de cargos na SMS, tendo por fim, mudança político partidária em 2004. Para os diversos informantes, estas mudanças tiveram um forte impacto na implementação da ESF, sendo um marco importante que trouxe mudanças do ponto de vista do desempenho do programa. Esta fragilização da gestão leva, ainda, a desestruturação dos Conselhos Locais de Saúde, que foram implantados concomitantes as USF.							

Evento Crítico: ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLSS)							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: Os CLSs foram implantados paralelamente as EqSFs, como forma de capilarizar o controle social no município. Estes passaram por vários períodos de desestruturação e reestruturação, tendo sido considerado 1999, o momento de caracterização do evento crítico na linha do tempo, em função de que neste momento havia organização dos CLSs em todas as EqSFs existentes.							
2.1. As atividades dos Conselheiros eram no momento da implantação, pouco difundidas na comunidade, mesmo com presença de CLS em Unidades Básicas. Ao mesmo tempo, as lideranças locais e os conselheiros possuíam interesses políticos partidários, levando às decisões dos							

conselheiros estarem muito atreladas as flutuações político-partidárias, com pouca atuação na busca de formulação de políticas de saúde. Esta situação começa a se modificar com o trabalho de alguns profissionais de saúde interessados nas atividades do conselho, os quais realizam um trabalho de mobilização social nas comunidades, para realização das pré-conferências e da IV Conferência Municipal de Saúde.							
2.2. Observa-se um forte apoio da igreja católica na estruturação dos CLS, ao mesmo tempo em que embates entre a SMS e os Conselhos de Saúde levam a dissolução dos Conselhos em vários momentos. Segundo entrevista, mesmo sem apoio da gestão, há CLSs que continuaram em funcionamento, a exemplo da Gleba E, e Monte Gordo. Em 2009, cria-se um setor específico para implantação, controle e acompanhamento do controle social, no DAB do município baiano, e reativa-se os Conselhos de Gestão Participativa das Unidades de Saúde (CLS), com reestruturação de 21 CLSs.							

Evento Crítico: COOPERAÇÃO ENTRE O INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA (ISC) E O MUNICÍPIO BAIANO							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: As atividades de cooperação entre o ISC e o município baiano iniciaram-se com as atividades da Residência em Medicina Social, em 2000. A inserção dos Residentes esteve muito ligada à atividade de formação no município, em função do ISC ser o pólo de Capacitação para as Equipes de Saúde da Família no Estado. Assim, o treinamento introdutório foi uma solicitação constante da gestão como atividade a ser desenvolvidas no município pelos residentes. Esta cooperação se rompe em 2003, em função de problemas diversos.							
3.1 Necessidades de negociação sistemática com o município para permitir as condições de manutenção (transporte, alimentação) da residência em do município baiano, já que os profissionais da saúde não entendiam o apoio do município aos residentes, o que foi garantido até 2003, pelo gestor municipal, que entendia a importância de uma relação estreita com o pólo de capacitação das EqSF. Esta cooperação entre do município baiano e a academia permitia um processo de interação, onde os residentes realizavam sua formação, mas também atuavam com formadores permitindo que o processo de qualificação profissional das EqSF fosse realizado de forma continuada.							
3.2 Os residentes desempenhavam um papel de movimentação que impactava na organização do processo de trabalho das Equipes. Porém apresentavam críticas ao trabalho, causando ruídos entre a gestão e a residência, levando muitas vezes, ao trabalho dos residentes estarem em paralelo às atividades dos técnicos e gestores							

municipais.							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

Evento Crítico: IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (ESB)							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclareci- mentos	Observaçõe s
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: A implantação da saúde bucal na atenção básica do município se deu, ainda, na década de 70, no programa saúde escolar. Porém, a implantação junto as EqSFs se efetiva, apenas, em 2004. Entre 2006 e 2008, há um acréscimo de 10 novas Equipes de Saúde Bucal no município.							
4.1 As atividades de Saúde Bucal no município eram desenvolvidas no âmbito da UBS, mas estavam, também, em função das atividades na creche comunitária, bastante atreladas às demais secretárias de do município baiano, em especial, a Secretária de Desenvolvimento Comunitário. Com a cooperação entre o ISC e do município baiano, realiza-se um diagnóstico da situação da assistência odontológica aos municípios, que subsidia a estruturação das ESB, em 2004.							
4.2 A incorporação da equipe de saúde bucal na EqSF se deu tardiamente, com a implantação de uma equipe em 2004, e mais 8 equipes em 2005, porém estas equipes foram implantadas sem nenhuma condição de trabalho, o que só acontece após um processo de reorganização e estruturação dos consultórios odontológicos, mantendo-se o quantitativo de 9 equipes até 2007. A partir deste momento, todas as EqSFs inauguradas contavam com uma Equipe de Saúde Bucal modalidade I.							
4.3 Com intuito de implantar no município a ESB, modalidade II, realiza-se uma parceria com Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS) e SESAB, para realização de Curso de Técnico de Higiene Dental. O curso teve ainda, como consequência, a participação dos profissionais do programa, que atuaram como docentes, além do município ser campo de prática e estágio supervisionado.							

Evento Crítico: REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA					
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante			Esclareci- mentos	Observaçõe s

	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: O gestor municipal define como projeto de governo, a reestruturação da atenção básica, tendo a Estratégia de Saúde da Família, como Estratégia de reversão do modelo assistencial. Assim, prioriza a estruturação física das Unidades, com construção de unidades novas e readequação das existentes.							
5.1 Mudanças político-partidárias na gestão municipal, em 2005, com nova equipe de trabalho no âmbito da SMS/ do município baiano e com novo projeto de governo: a Reestruturação e reorganização do sistema de saúde, a partir da Estratégia de saúde da Família. As evidências apontam, ainda, a existência de alianças político-partidárias ampliadas, com maioria na câmara de vereadores, e apoio do gestor estadual caracterizando um contexto político favorável à implementação do projeto de governo.							
5.2 Em função das dificuldades encontradas no município, a gestão priorizou a reestruturação física das unidades existentes e construção de novas unidades, que possibilitassem a implantação do NASF. Observa-se aumento progressivo no número de USF (22 EqSF em 2005, 25 EqSF em 2006, 29 EqSF em 2007), e definição das 08 (oito) localidades prioritárias para a construção das unidades modelo. Em seguida, organização do processo de trabalho, porém não foi possível amadurecer este trabalho, em função da transição entre secretários, sendo retomado por outro gestor municipal, com concomitante ampliação do número de equipes							

Evento Crítico: INTEGRAÇÃO ENSINO/ SERVIÇO/ PESQUISA							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: Em 2005, restabelece-se a cooperação com as universidades e estruturação de um setor específico na coordenação de educação permanente para acompanhamento destas atividades. A cooperação passa a ser desenvolvida com diversas instituições de ensino, tornando-se do município baiano um campo de formação, e também, de pesquisa.							
6.1 A gestão municipal teve interesse em reorganizar os processos de trabalho e entendia que esta atividade torna-se mais efetiva com a presença das universidades. Assim, o município incentiva o processo de formação de Recursos Humanos para o SUS, retomando a cooperação com Universidades públicas e privadas, em 2005. Ao mesmo tempo,							

percebe-se o interesse da academia (UFBA) em ter em do município baiano um campo de prática permanente, tanto para as ações de formação, como para as ações de pesquisa.							
6.2 Presença de egressos de curso de especialização e residência em Saúde Coletiva, no quadro técnico da SMS de do município baiano, levando a grande receptividade por parte destes, na organização dos serviços de saúde, como espaço de formação, e não apenas com foco assistencial.							

Evento Crítico: REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA (NOVAS PRÁTICAS)							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: A partir da constituição de nova equipe de trabalho da gestão, em 2006, diversas atividades de reorganização do processo de trabalho são desenvolvidas no âmbito da atenção básica, sendo influenciadas, pela dificuldade no acompanhamento e supervisão direta e periódica das Equipes. Assim, ocorre a implantação dos núcleos matriciais, o processo de territorialização, a constituição do apoio institucional e a avaliação para melhoria da qualidade. (AMQ)							
7.1 Preocupação com a requalificação dos processos de trabalho, iniciando com a territorialização e consequente, matriciamento e apoio institucional. Em 2008, o município contrata 90ACS e um técnico para realização do mapeamento, porém segundo informante, a redefinição dos territórios teve um viés político. Observa-se que o matriciamento seguiu a lógica da territorialização, agregando as unidades existentes a uma hierarquização dos serviços, constituindo-se referência para um determinado número de unidades de saúde da família, retardando a implantação dos NASFs.							
7.2O município não contava com um quadro amplo de RH, o que dificultava a implementação da supervisão, optando-se por utilizar os coordenadores das áreas existentes. Esta proposta não conseguiu ser implantada, em 2006, segundo informante, devido a questões político partidárias, sendo retomada em 2010, como Apoio institucional (supervisão).							
7.3 Em função da proposta de requalificação do processo de trabalho observa-se, no ano de 2009, a utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento das EqSF, com intuito de aperfeiçoar as ações da assistência, sendo utilizado um estudo piloto na sede com aplicação dos instrumentos em dez equipes de Saúde da Família. Porém, está ação não foi adiante em função da ruptura da rede sócio-							

técnica e da desestruturação do processo de apoio institucional.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Evento Crítico: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: As atividades de qualificação profissional passam a ser realizadas numa construção coletiva, a partir da prática do dia-a-dia das Equipes, com a criação de espaços de discussão, saindo de uma lógica pontual, para uma perspectiva permanente. Além, da realização de curso de linhas de cuidado para formação de multiplicadores.							
8.1 A coordenação de Educação Permanente realizava um trabalho de apoio logístico as atividades feitas por outros setores da secretária havendo uma grande quantidade de atividades realizadas sem programação e com característica de educação continuada, até o momento da reestruturação da coordenação de educação permanente, onde foi definida a imagem-objetivo da EP e criaram-se os núcleos de ação no âmbito do departamento de planejamento.							
8.2 Com a reestruturação da Educação permanente implantassem os espaços de discussão e troca de experiências nas reuniões mensais das EqSF, com objetivo de socializar conhecimentos e transformar este espaço, em momento de formação e não apenas de discussão dos problemas administrativos. Esta iniciativa é reconhecida com premiação na II Mostra Estadual de Saúde da Família.							
8.3. Para o fortalecimento das práticas educativas na microrregião leste firma-se um termo de compromisso com o Estado para consolidação da Estratégia de Saúde da Família, a partir do Curso de Especialização em linha de Cuidado. Este curso possibilitava um diálogo aberto entre a gestão e a ponta, sendo prejudicado em função da demissão de diversos profissionais.							

Evento Crítico: FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL					
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante			Esclarecimentos	Observações

	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: Inicia-se um trabalho de mobilização social a partir das pré-conferências da IV Conferência Municipal de Saúde de Município baiano que culmina com a criação da ouvidoria no município.							
9.1 A participação popular na IV Conferências Municipais de Saúde se deu graças à mobilização dos profissionais das EqSF e conselheiros locais e municipais na organização das Pré-conferências Municipais, que garantiu a representatividade e a paridade de delegados e possibilitou maior participação e abertura para a comunidade, além de priorização dos problemas junto com a sociedade civil. Segundo informante diversos atores sofreram represália em função desta articulação com a sociedade. Gestora Municipal teve problemas políticos para enfrentar e profissionais do programa foram os primeiros a serem demitidos (extinção contrato FUNDAÇÃO DE APOIO)							
9.2 Mesmo com toda a articulação e mobilização social, no momento da IV Conferência Municipal, observa-se que as decisões do conselho e das conferências não foram utilizadas por algum tempo na elaboração da política municipal de saúde, há indicativo de que o relatório da IV Conferência Municipal foi utilizado pelo planejamento na elaboração do Plano Municipal de saúde							
9.3 Em 2010, cria-se o setor de mobilização social no âmbito da SMS/Município baiano para fortalecimento da Educação Popular, com disseminação desta proposta e sensibilização da população para redução das interferências político-partidárias nas decisões das conferências e conselhos.							

Evento Crítico: MODIFICAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DO TRABALHO							
Critério de Avaliação	Pontos atribuídos ao critério por cada informante					Esclarecimentos	Observações
	CPL	CPA	NCND	DPA	DPL		
Síntese: Em função da inexistência de política de RH para a atenção básica, existia no município um elevado número de profissionais com cargos comissionados e terceirizados. Este problema foi identificado e estabeleceu-se no início de 2006, critérios de contratação temporária e terceirização dos profissionais pela FUNDAÇÃO DE APOIO. Ao final de 2007, o município realiza concurso público, havendo a efetivação dos novos profissionais em janeiro de 2009, com demissão abrupta e massiva dos profissionais do ESF, em dezembro de 2008, deixando várias unidades sem profissionais,							

comprometendo o trabalho do município por um período até a re-estabilização dos quadros.							
10.1 Decisão da gestão municipal pela elaboração de uma política de gestão do trabalho, com contratação dos Profissionais da saúde pela FUNDAÇÃO DE APOIO, permitindo certa 'estabilização' profissional, além de concentração de todas as contratações em uma única organização, diminuindo as fragmentação dos vínculos e as diferenças de salários entre profissionais com mesmo cargo.							
10.2 A tentativa de estabelecer apenas uma forma de contratação dos profissionais em 2006, levou a SMS decidir pela terceirização, via fundação de apoio (FUNDAÇÃO DE APOIO). Porém, o ministério público passa a exigir a desprecarização do vínculo, isto é, a realização de concurso público e demissão dos profissionais contratados. Após o concurso a exigência do Ministério Público é pela homologação dos concursados e a ruptura do contrato com a FUNDAÇÃO DE APOIO, porém a demissão massiva dos profissionais, sem contratação de todos os concursados, leva a uma fragilização da proposta do Programa. Ao mesmo tempo, com os novos concursados abre-se uma possibilidade de estruturação da ESF, e conseqüentemente, das relações de trabalho para os profissionais, garantindo uma estabilidade para o município e para os profissionais.							

APÊNDICE G - Ficha dos Eventos Críticos

01. Disputa de modelos assistências em saúde	
<u>SÍNTESE DO EVENTO</u>	
<p>Em 1998, a ESF foi implantada no município em estudo em meio a disputa de dois modelos de atenção a saúde – unidades tradicionais e unidades de saúde da família. Esta controvérsia implicou a necessidade de um processo de negociação entre os atores, que envolveu, especialmente, os profissionais de saúde e a gestão local - apoiadores do Programa – e as lideranças locais e outros representantes da população - opositores do Programa. Esta negociação favoreceu um melhor entendimento do programa pela população e a percepção de benefícios na Intervenção. Observa-se adesão à proposta dos atores envolvidos.</p>	
ATORES / ATUANTES	<p>Equipe dirigente da SMS, que implantam a Estratégia; MS e SESAB, pela disponibilização de recursos financeiros e apoio técnico e tecnológico disponibilizado por estas instituições; Vereadores municipais que influenciaram a localização das USF; Comunidade, que passa de uma ação opositora para de apoiadora; Profissionais da Equipe de Saúde da família, que se mobilizam para o sucesso da Intervenção; Profissionais do PACS e UBS, que questionam os benefícios que os profissionais da USF possuem; Residentes, que atuam nas ações educativas junto a comunidade.</p>
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> - a implantação da Estratégia no município ocorreu de forma desordenada e pulverizada no que se refere à distribuição das equipes de saúde, com indicativos de influências políticas na definição das áreas de abrangência das equipes. - Presença marcante das lideranças locais no primeiro momento para questionar a Intervenção pela pressão da comunidade e em outro para ganhar com o apoio da comunidade que poderia ser revertido em votos. Este interesse também era da gestão local. - Interação entre os profissionais das diversas equipes de Saúde da Família, no intuito de construir coletivamente a Estratégia - Dos profissionais das outras equipes de atenção básica que queriam os benefícios recebidos pelos profissionais das equipes de ESF. - População não conhecia a Estratégia, solicitava a implantação de UBS, não de USF, e conseqüentemente, recusava o programa. Porém, os benefícios foram logo percebidos levando, em seguida, a população pressionar a ampliação do programa através de seus representantes nos conselhos.
INTERAÇÕES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relações político-partidárias direcionando as áreas de implantação da ESF; 2. Críticas da população a ESF, em função de atitudes da gestão, , levando a ESF sofrer muitas críticas no momento da sua implantação 3. Pressão da população para ampliação da ESF; 4. SMS/ ISC 5. Interações entre as equipes de ESF, no intuito de se apoiarem na construção do programa 6. Relações município e MS
MEDIAÇÃO TÉCNICA	<p>Inabilidade da gestão no momento da implantação, com retirada de especialidades médicas da UBS que foi transformada em ESF, levando a críticas da comunidade. Este impasse entre comunidade e a ESF, só foi relativizado pelo trabalho dos profissionais da ESF.</p>
AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiros movimentos direcionados a implantação da ESF em 1997, com reativação do PACS, realização de processo seletivo de 96 Agentes Comunitários de Saúde, além de indicativo da organização do projeto piloto em 3 localidades da zona rural e na região da orla - Processo de conscientização da população para utilização das UBS, concomitante, a territorialização, em função da população que não era coberta. - Contratação e remanejamento de pessoal às ESFs - Alteração das condições sociais, na Unidade 1 pela ESF, fazendo com que o projeto piloto seja muito bem visto pela comunidade. Esta iniciativa de certo modo pioneira, no estado da Bahia. - Realização de treinamento introdutório com todas as ESF, com ajuda da universidade/residência.

	- Apoio logístico da Gestão para possibilitar o funcionamento das primeiras equipes
TEMPORALIDADE	A implantação do programa se deu entre 1998 a 2002.
INSCRIÇÃO	habilitação da Gestão Plena do Sistema Municipal
LUGAR	- A primeira ESF implantada foi em Barra do Pojuca e As unidades subsequentes
CONSEQUÊNCIAS	Dificuldade de entendimento da população do conceito de adscrição da clientela, em função de não haver 100% de cobertura, com necessidade de trabalho de conscientização feito pela ESF.

02. Conselho de Saúde : campo de disputa	
Os Conselhos Locais de Saúde (CLS), instâncias de participação e controle social, foram surgindo em concomitância com a expansão da ESF. Porém, como resultado do envolvimento dos CLS com interesses partidários, observa-se o desmantelamento dos mesmos. Com a aproximação da 4ª Conferência Municipal de Saúde, em 2007, identifica-se a mobilização de atores chaves na disseminação das ideias de controle social. Observa-se assim, um processo crescente de participação popular e reivindicação destes novos atores.	
ATORES / ATUANTES	Profissionais das Equipes de Saúde da Família; Lideranças locais (militância mais forte na orla que na zona rural e sede); Conselho municipal de Saúde; Conselhos Locais de Saúde (Conselho Local de Saúde da USF da GLEBA E bastante atuante); Secretários de saúde (gestão 1986-1988/ 1997-2000/ 2003-2004/2006-2009), Prefeito (gestão 2003-2004/ 2005-2009); Conselheiros municipais de Saúde (representantes religiosos, sindicais, usuários e profissionais de saúde); Residentes do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; Governo Estadual (MobilizaSUS); Equipe Gestora (2005-2007).
INTERESSES	<p>- Os Conselhos locais em alguns momentos estavam muito atrelados ao interesses da gestão, não existindo um controle social ativo. Observa-se o interesse político- partidário de alguns conselheiros e lideranças locais, que passam a utilizar os Conselhos Locais de Saúde como espaço para angariar votos, seja para seus políticos de apoio ou para sua própria candidatura.</p> <p>- Tentativa de 'manipulação' da SMS para aprovação de determinadas políticas/práticas sem a escuta aos conselheiros. Alguns conselheiros se viram perseguidos em função da sua atividade junto ao conselho. Esta relação estreita entre as decisões dos Conselhos locais e as contratações de profissionais foi um nó crítico, que impactou tanto para os contratados como para os concursados com Estratégias de intimidação, a exemplo do atraso nos salários.</p> <p>- Estímulo da Secretaria Municipal de Saúde à reorganização do CLS em diversos períodos com objetivo de fortalecer a participação popular na efetivação de um sistema de saúde eficaz.</p> <p>- Pouco interesse da comunidade nas ações do conselho, que inclusive desconhecem a atividade dos Conselhos.</p> <p>- Interesse dos profissionais de saúde e conselheiros em realizar orientação da comunidade para esclarecer as ações do Conselho local de saúde.</p> <p>- Interesse de desestabilização da gestão através do papel da oposição junto aos Conselhos Locais de Saúde. Ação partidária de alguns conselheiros contra o governo instituído.</p> <p>- Conselhos Locais como extensão dos Conselhos Municipais, interesse de estender as melhorias na saúde</p>

	<p>nos espaços locais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observa-se ainda uma fragilização da interação com a sociedade civil, inclusive com um movimento de grupos interessados na oferta de serviços privados complementares. - Interesse do gestor local em apoiar as ações do conselho, mas a falta de governabilidade impedindo. - Em relação aos recursos da saúde.
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Com o processo de reestruturação dos CLS, observa-se uma interação entre a SMS e a comunidade. - entre políticos locais e alguns conselheiros e lideranças locais; - Profissionais de saúde e gestores interessados em promover as atividades dos conselhos - entre os conselhos e outras instancias de participação popular, inclusive com troca de experiência com conselheiros de outros estados. - com a Universidade que incentiva a participação popular, pelo entendimento deste princípio para a consolidação do SUS - com o governo estadual e sindicatos que possibilita capacitação para os conselheiros.
MEDIAÇÃO TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximação dos profissionais atuando nas equipes de saúde da família, e alguns gestores locais específicos que articulam e difundem informações sobre controle social no momento das reuniões do conselho para a comunidade. - Restrições de recursos para apoiar a consolidação dos CLS, em 2007. - Implantação de setor específico para implantação, controle e acompanhamento do controle social no DAB/Município baiano, com a finalidade de estimular a Participação Social no município. - Pré-conferencias municipais de saúde, em 2007
AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação do Regimento Interno em 1997. - Realização de reuniões mensais dos CLS para discussão e deliberação sobre funcionamento dos serviços de saúde, em 1999; - Escolha de delegados para participação no I Encontro Estadual e II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, em 1998. - Subsídios municipais para realização de reuniões com a comunidade com intuito de formação dos CLS (a exemplo de ESF Barra de Jacuípe, Coqueiro de Monte Gordo e Fonte das Águas) - Em 2009, foi iniciado um processo de reativação dos CLS e fortalecimento dos já existentes, quando da criação da lei dos conselheiros. - realização do curso de Formação de Conselheiros. - Criação da Lei de Regulamentação de Conselheiro, em 2009. - Utilização de Estratégias de divulgação, a exemplo de carro de som para convocação para a nova eleição dos CLS, em 2009. - Disponibilização de três pessoas na secretaria para o trabalho de mobilização popular. - Espaço físico para realização das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde nos auditórios das Unidades de Saúde da Família.
TEMPORALIDADE	<p>Evento cíclico, com períodos de fragilização e retomada. Observa-se o ano de 2003 como de ruptura com desorganização da maioria dos Conselhos Locais de Saúde.</p>
INSCRIÇÃO	<p>Lei de Regulamentação de Conselheiro, Regimento Interno dos CLS, documento da 4ª Conferência Municipal de Saúde, Plano Municipal de saúde 2010-2013; Relatórios de Gestão</p>
LUGAR	<p>Conselhos Locais de Saúde, Unidades de saúde da Família, SMS/ Município baiano</p>

CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Em função da fragilidade do controle social e deste entrelaçamento do CLS com a gestão, observa-se, a dissolução dos Conselhos Locais em 2003. - Ao mesmo tempo, existem unidades que continuaram mesmo sem apoio da gestão demonstrando o fortalecimento da comunidade em algumas localidades a exemplo Glebas e Monte Gordo. - Observa-se tentativas recorrentes por parte da SMS / Município baiano de rearticulação dos CLS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de Plano de ação para construção do Plano Municipal de Saúde de Município baiano 2006-2010 com objetivos de organização da representação da comunidade através de Conselheiros Locais e Conselhos Distritais, criação e aprovação dos conselhos locais e distritais de saúde, mobilização das comunidades para formar Conselhos Locais e ampliação do número de conselheiros locais de saúde. - Com o processo de reativação dos CLS em 2009, o município chegou ao quantitativo de 21 CLS
---------------	---

03. Mudança política	
<p>A partir de 1999, há uma rápida expansão da ESF. No entanto, mudanças políticas no município implicam em desorganização da atenção básica e conseqüente, desestruturação das atividades da Estratégia. Esta situação enfraquece a Intervenção. Em 2005, há a chegada de um novo gestor de saúde local, que define como o seu projeto de governo a reestruturação e reorganização da ESF.</p>	
ATORES / ATUANTES	Secretários de Saúde (1997-2000; 2000-2002; 2003-2004; 2005-2005; 2005-2006; 2006-2007; 2007-2009; 2009-2010); Equipe gestora; Comunidade; Câmara de vereadores; Prefeito (Gestão 2001-2002); Políticos locais; Clínicas privadas;
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> - Secretários de Saúde com interesses diferentes (utilização da Estratégia para angariar votos para cargo na câmara de vereadores; interesse na média e alta complexidade, ou ainda, no fortalecimento da Saúde da Família) - Prefeito em se reeleger utilizando a Estratégia como marketing de campanha - Comunidade em melhoria da saúde do município. - Profissionais da equipe gestora em utilizar a Estratégia como plataforma de campanha - Clínicas privadas que objetivam continuar credenciadas ao SUS, mesmo com a prestação de um serviço deficitário.
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de alianças político-partidárias ampliadas, na câmara de vereadores, caracterizando um contexto político favorável à implementação do projeto de governo - A participação dos gestores da SMS nas reuniões do Orçamento Participativo - Estratégia com o contexto local desfavorável. - Ministério para recebimento de recursos e padronização das Unidades de Saúde da Família
MEDIAÇÃO TÉCNICA	Crença da população na melhoria das condições de saúde com a ida do secretário para a câmara de vereadores; conhecimento dos secretários de saúde sobre a dinâmica produzida na saúde pela implementação efetiva da Estratégia; A Estratégia que passa a ser um mediador na eleição; Governabilidade do Gestor local da saúde.

AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento da diretoria de atenção básica, com vinda de profissionais com reconhecida experiência na área - Reforma de 10 unidades e construção de outras 6 USF, utilizando-se do padrão estabelecido pelo ministério, para substituição das casas alugadas por unidades próprias. - No ano de 2003, o município foi aprovado para o Projeto de Ampliação e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, com o montante de 210 mil reais para o ano de 2004.
TEMPORALIDADE	2002 momento de ruptura das ações em relação a Intervenção
INSCRIÇÃO	Lei Orgânica do Município
LUGAR	Município
CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de benefícios para os trabalhadores da Intervenção - Saída dos diversos gestores locais da saúde - Redução dos recursos para saúde; - grande número de alianças constringendo esse projeto na medida em que há necessidade de contemplar os interesses desta base de apoio político

04. Ruptura das relações com a Universidade

SÍNTESE DO EVENTO

A necessidade de qualificar a ESF leva ao gestor local convidar a Residência em Medicina Social/UFBA a realizar campo de estágio nas EqSF do Município. Em 2003, esta cooperação entre academia e município é interrompida, devido a falta de estrutura dos serviços e a desestruturação que se observava na gestão local. Em 2006, observa-se uma reconfiguração da RST, em função da presença de profissionais da gestão municipal da saúde que possuíam vínculo com a universidade, que culmina no reestabelecimento da parceria. A Estratégia torna-se um campo de formação e pesquisa de diversas Universidades.

ATORES / ATUANTES	Residentes; coordenação e Supervisão da residência; Secretario de Saúde (1997-2000, 2000-2002; 2003-2004; 2005-2005; 2005-2006; 2007-2009) e gestores da SMS; Conhecimento dos residentes; Universidades, graduandos e preceptores; Coordenação de educação permanente; Profissionais da ESF; Profissionais da saúde; egressos da residência.
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretario de saúde valorizava a residência, quando do convite para a cooperação e tinha poder com a secretaria administrativa o que lhe permitia total apoio a residência. ▪ A academia e SMS tinham interesse em que o serviço, não fosse apenas campo assistencial, mas espaço de formação e pesquisa. ▪ As péssimas condições sanitárias encontradas em uma USF pelos residentes levaram ao fechamento da mesma. ▪ Dos técnicos que possuíam uma relação próxima com a universidade, de que entendiam a positividade desta relação, por outro lado, alguns profissionais não concordavam com os custos advindos com a residência. ▪ Da proximidade com a coordenação da residência que também era responsável pelo pólo de capacitação das EqSF da Bahia. ▪ A relação estreita com a universidade possibilitava aos técnicos mais qualificados ser preceptores nos campos de práticas. ▪ Estimular um quadro de profissionais mais capacitados para o desenvolvimento das atividades.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desinteresse de alguns profissionais nas atividades dos estudantes como algo da universidade e não como um apoio as atividades do serviço.
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os residentes no município desempenham um papel ativo de movimentação trazendo ruídos há relação academia e município. ▪ Com a articulação da DAB e a coordenação da residência, o papel dos residentes no município passa a ser completamente atrelado as ações realizadas no município. ▪ Articulação com universidades. SMS aceita receber alunos da graduação em enfermagem UNEB e medicina UFBA além de receber alunos da residência. ▪ Residentes/ SMS/Vig. Sanitária ▪ papel de mobilização realizado pelos residentes no âmbito da SMS
MEDIAÇÃO TÉCNICA	- O apoio logístico passa a ser um mediador, pois durante a gestão 2000-2002 a residência contava com total apoio do secretário.
AÇÕES	<p>Convite do secretário de saúde em 2000, para desenvolvimento das atividades da residência no município assegurando pagamento da supervisão, alimentação, transporte, tanto dos residentes, como da supervisão.</p> <p>Assinatura do termo de compromisso entre a SMS e Residência Multiprofissional em Medicina Social.</p> <p>Seminário anual de Avaliação dos Residentes, no Instituto de Saúde Coletiva, com participação dos representantes da SMS.</p> <p>Elaboração de projeto de especialização em saúde da família com a UNEB, em 2004.</p> <p>Diversas atividades foram realizadas pelos residentes no município, entre elas: a proposta de SB feita pelos residentes; Treinamento introdutório, o qual foi realizado para as 18 equipes implantadas no município; Mapeamento das equipes de saúde da família; Apoio aos Conselhos Locais de Saúde, Análise de situação de saúde</p>
TEMPORALIDADE	2000 a 2010
INSCRIÇÃO	Plano de reorganização da atenção à saúde bucal
LUGAR	ESF e SMS
CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Núcleo de Integração de Ensino e Serviço, na coordenação de educação permanente. - Em função da análise de situação de saúde dos residentes foi possível fechar USF que apresentava péssimas condições sanitárias. - Em 2009, há relatos que 16 solicitações de estágios curriculares que não puderam ser atendidos, em função do grande volume de estudantes de diversas áreas (cursos de Farmácia, Enfermagem, Fonoaudióloga, Serviço Social, Psicologia, Medicina, Nutrição e Odontologia, das diversas Instituições de Ensino Superior - UFBA, UNIFACS, Escola Baiana de Medicina, UEFS, UNIJORGE, FTC - Em função das diversas atividade de integração ensino /serviço/pesquisa, observa-se no PMS 2002-2005, um plano de ação especificamente destinado a estudo e pesquisa, com preocupação do município em implantar convênios com Universidades. - Essa integração entre a universidade e o município possibilitou no ultimo concurso uma equipe técnica muito qualificada inclusive com a presença de vários egressos da residência. - Criação de unidade escola para os alunos do curso de graduação em medicina da FTC.

05. Falta de estrutura física/ Rotatividade de pessoal	
<u>SÍNTESE DO EVENTO</u>	
<p>A inexistência de política de Recursos Humanos e a falta de insumos para a saúde municipal apresentam-se crescente com a saída do gestor local da saúde, em 2000 e a ruptura definitiva se dá em 2003, com a renúncia do prefeito. A ESF deixa de ser Intervenção prioritária. Em 2006, observa-se vontade de fortalecer a estrutura física e reduzir a alteração de cargos através de fundação de apoio. Contudo, a necessidade de uma política de Recursos Humanos leva a realização de concurso público, no entanto a efetivação dos concursados se dá de forma abrupta com a saída de todos os profissionais contratados, de uma única vez, em janeiro de 2009 comprometendo o trabalho da Intervenção. Compreende-se que a vinda dos novos concursados possibilitará a estabilidade da Intervenção.</p>	
ATORES / ATUANTES	Profissionais concursados; Secretários de saúde; Profissionais contratados; Ministério Público; Comunidade
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> - Tentativa de estabelecer apenas uma forma de contratação dos profissionais em 2006, a SMS decidiu pela terceirização, via fundação de apoio, com intuito de permitir reduzir precariedade das relações de trabalho e a pluralidade de vínculos. - ministério público passa a exigir a despreciação do vínculo, isto é, a realização de concurso público e demissão dos profissionais contratados. A SMS realiza concurso público em dezembro de 2007, para 1123 vagas, não apenas para a saúde, mas para as diversas secretarias, tentando solucionar definitivamente o problema dos Recursos humanos. - a homologação dos novos concursados acontece em janeiro de 2009, e se dá após a demissão massiva dos 654 profissionais da Fundação de apoio, que atuavam nos serviços e na gestão. - Intervenção da população na luta por garantir que determinada localidade tivesse ampliação.
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério Público que determina a realização de concurso público pela SMS - Relação dos novos concursados com a universidade, muitos eram egressos da residência e haviam atuado no município como estagiários. - Fundação de apoio contratada para fornecimento de mão de obra para a SMS.
MEDIAÇÃO TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Demissão dos profissionais contratados de forma abrupta. - Qualificação dos novos concursados.
AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Com a identificação do problema de Recursos Humanos, na gestão de 2006 instituiu-se uma comissão para elaboração do plano de cargos e salários, com participação de consultores e representantes das diversas categorias profissionais. - Realização de concurso público em 2007
TEMPORALIDADE	Nova política de Recursos Humanos 2006. O concurso final de 2007. Saída e efetivação dezembro de 2008 e janeiro de 2009.

INSCRIÇÃO	Convênio celebrado com a Fundação de Apoio e o Município
LUGAR	SMS
CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - A saída dos profissionais da Fundação de apoio comprometeu o trabalho no município, interferindo em alguns processos de trabalho que estavam em desenvolvimento no município. – - Ao mesmo tempo, o concurso possibilita uma estabilização dos profissionais e uma melhoria das condições de vínculos empregatícios, observa-se que em 2007, 82,33% do quadro da SESAU era de vínculo temporário e terceirizado e apenas 17,67% era do vínculo efetivo. Com a efetivação dos novos concursados este quadro se inverte, existindo em 2009, 49,73 % do quadro de pessoal da SESAU é contrato temporário (REDA), terceirizados e cargos comissionados, e 50,27 % do quadro de pessoal efetivo da SESAU. Havendo uma redução de 32,60% do vínculo temporário e terceirizado no município. - No entanto a realidade não se modifica para o déficit dos profissionais médicos, tornando necessária a realização de Processo Seletivo Simplificado, em caráter de Emergência, para atender as especialidades médicas, as Unidades Básicas e as equipes de SF, após o concurso público em 2009.

06. Dificuldade na Organização de práticas no processo de trabalho	
<p><u>SÍNTESE DO EVENTO</u></p> <p>Interesse relacionado à organização de práticas do processo de trabalho das equipes de saúde da família, com destaque para territorialização, é observado para o fortalecimento da Intervenção, desde 2006. Com a mudança política entre o fim de 2006 e meados de 2007, observa-se recusa dos coordenadores de programa em apoiar as práticas inovadoras propostas. A organização das práticas na ESF sofre com este processo e, havendo a necessidade de reconfigurar as relações e iniciativas. Este processo de desestabilização começa a ser modificado, com a mobilização de atores da rede, e com a ativação da rede de atores que cria um conjunto de aliados que fortalece a Intervenção.</p>	
ATORES / ATUANTES	Coordenadores dos programas; Profissional contratado, responsável pela territorialização; Profissionais da ESF e ACS, atores importante na definição do território; SMS/Município baiano
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação reduzida dos ACS, impossibilitando 100% de PACS. Houve a contratação de 90 ACS, insuficiente para atender a demanda solicitada de cobertura total do município, por decisão da gestão municipal da saúde, sendo estes ‘pulverizados’ no território - Para informante, houve interesse da gestão em priorizar determinadas áreas em detrimento de outras para distribuição dos territórios e conseqüentemente dos ACS e das ESF. - Coordenadores dos programas que se opõem a se transformarem em Apoiadores Institucionais no processo de supervisão e acompanhamento.
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais do serviço e gestores que estabelecem novas práticas para melhoria dos serviços e da estratégia
MEDIAÇÃO TÉCNICA	- Conhecimentos específicos para realização da territorialização

	- Profissionais que mobilizam a rede para implantar novas práticas de processo de trabalho
AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação de uma profissional especialista - Realização de oficina de territorialização, com os profissionais das EqSF - Elaboração dos mapas pelas equipes - Delimitação de áreas - Levantamento das necessidades do número de agentes comunitários e realização de concurso público.
TEMPORALIDADE	2008
INSCRIÇÃO	Mostra Estadual de saúde da Família
LUGAR	ESF e o território do município
CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação e qualificação dos espaços das Unidades de Saúde da Família - algumas equipes se propõem a avaliar suas práticas através dos instrumentos da Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ) interesse em utilizar a AMQ como ferramenta de supervisão do trabalho das equipes, mas que eles não estruturaram essa proposta de uma forma devida tinha um interesse grande, a gestão acreditava na proposta, mas não deu condições pra ela avançar de forma adequada.

ANEXOS

ANEXO A – LISTA DE DOCUMENTOS

1. Ata de reunião em 15/07/2010 que tinha como pauta a organização da oficina a ser realizada no dia 05 de agosto
2. Ata de reunião do dia 03/08/2010 que tinha como pauta a organização da oficina a ser realizada no dia 05 de agosto
3. Ata de reunião de seminário realizado nos dias 05 e 06 de agosto de 2010, com representantes dos três casos do projeto “Estratégias de institucionalização das intervenções inovadoras em matéria de equidade em saúde”.
4. Ata de reunião em 20/08/2010, com representantes do município.
5. Relatório do projeto Pró-format.
6. Relatório GRAB “Caracterização da atenção primária à saúde em municípios que aderiram a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Estado da Bahia” ano 2008.
7. Planilha de Avaliação da SMS do município baiano, ano 2005.
8. Plano Municipal de Saúde ano 1998-2001
9. Plano Municipal de Saúde ano 2002- 2005
10. Plano Municipal de Saúde ano 2006 - 2010
11. Apresentação da Coordenação de Educação Permanente na III Mostra Estadual de Saúde da Família
12. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 1997
13. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 1998
14. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 1999
15. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2000
16. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2001

17. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2002
18. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2003
19. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2004.
20. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2005
21. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2006
22. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2007
23. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2008
24. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2009.
25. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ano 2010.
26. Documento de Avaliação da evolução da SMS
27. Notas de Campo
28. Notas metodológicas da pesquisa “Estratégias de institucionalização das intervenções inovadoras em matéria de equidade em saúde”
29. Documento “Perfil e diagnóstico do município baiano”

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **Estratégias de institucionalização de intervenções inovadoras de redução das desigualdades sociais de saúde no Brasil**

Pesquisadoras responsáveis: Louise Potvin, Universidade de Montreal;

Zulmira Hartz, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP);

Isabelle Samico, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira(IMIP);

Guadalupe Medina, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia;

Ronice Franco de Sá, Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento social (NUSP),
Universidade Federal de Pernambuco;

Financiamento: Institutos de pesquisa em saúde do Canadá, CHE - 103730

Informação sobre o projeto de pesquisa

Este estudo multicêntrico tem por objeto as condições que embasam o desenvolvimento e a perenidade de práticas profissionais inovadoras de promoção da equidade em saúde, a partir da experiência em três projetos realizados no Nordeste do Brasil. As práticas estudadas são fundamentadas sobre parcerias inter-setoriais e multi-redes cujo objetivo é a melhoria da saúde das populações mais vulneráveis. Trata-se de uma pesquisa em parceria associando a Secretaria de saúde da cidade do Recife, a Secretaria de saúde da cidade de Município baiano e a Rede dos Municípios saudáveis do Nordeste do Brasil.

Este estudo piloto busca os objetivos seguintes: 1. Descrever e documentar três práticas inovadoras de Intervenção realizadas com populações vulneráveis no Nordeste do Brasil; 2. Desenvolver a instrumentação com vista a um estudo prospectivo de três elementos que interagem na institucionalização e a renovação destas práticas, ou as parcerias inter-setoriais, os dispositivos de pesquisa avaliativa e a formação de clínicos e dos profissionais de saúde; 3. Consolidar uma equipe de pesquisa interdisciplinar e internacional permitindo desenvolver a capacidade de pesquisa avaliativa e comparativa das intervenções de promoção da equidade em saúde no Brasil e no Canadá. Os resultados deste estudo servirão como base para o desenvolvimento dos conhecimentos a fim de apoiar a aplicação de políticas, de programas e de práticas exemplares em matéria de equidade em saúde nos dois países. O estudo é financiado pelos Institutos de pesquisa em saúde do Canadá.

Procedimentos

O estudo compreende, em especial, uma entrevista individual de mais ou menos uma hora e meia (1 ½ hora) com pessoas que têm um bom conhecimento do programa estudado, pelo seu papel, a título de responsável do programa, de representante de um organismo parceiro ou por seu envolvimento direto nas atividades de pesquisa, de formação, bem como na Intervenção, a título de profissional ou de agente comunitário. Com seu consentimento, esta entrevista será gravada e transcrita para a análise das informações coletadas.

Riscos, inconvenientes e benefícios

Os riscos associados a sua participação são mínimos. O único inconveniente previsto é o tempo de participação nas atividades de pesquisa que será facilitado, tanto quanto possível, por seu empregador e os parceiros do estudo.

Não há nenhuma vantagem pessoal direta associada a sua participação ao estudo. No entanto, uma das finalidades da pesquisa é apoiar as intervenções realizadas no âmbito do programa.

Ao termo deste estudo, um resumo da entrevista que você terá concedido lhe será comunicado a pedido. Além disso, você será associado-a à divulgação dos resultados desta pesquisa participativa.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e não conterão qualquer informação nominativa permitindo identificar pessoas. Um código será associado a cada entrevista e unicamente as agentes de pesquisa terão acesso a esta informação. As entrevistas individuais serão transcritas e qualquer informação que pudesse identificar alguém será eliminada. As fitas gravadas das entrevistas serão conservadas sob chave, na Universidade Federal da Bahia (ou na Universidade Federal de Pernambuco ou no Imip, conforme o caso) e elas serão destruídas no fim do estudo, em 2011.

Todas as medidas necessárias serão tomadas a fim de assegurar que nenhuma informação extraída da entrevista possa ser associada nominalmente a você. É possível que uma citação extraída de sua entrevista seja utilizada para apoiar um ponto importante na análise. Todavia, nenhuma menção de seu nome acompanhará a citação.

Liberdade de participação e de saída do estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Assim, você está livre de aceitar ou recusar participar dele. Você pode desistir do estudo em qualquer momento, após mero comunicado verbal. Você tem direito de negar-se a responder uma questão ou se retirar em qualquer momento, sem qualquer consequência pessoal ou profissional ou em relação com seu envolvimento com o programa ao qual está associado.

Pessoas - recursos

Se você desejar informações adicionais ou desejar fazer comentários, entre em contato por email com **Guadalupe Medina** da Universidade Federal da Bahia (email: tel:) (ou, se for o caso, Ronice Franco de Sá da Universidade de Pernambuco ou Isabella Samico do IMIP). Você pode também entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis por email, ou Louise Potvin (email: tel:) ou Zulmira Hartz (email: tel:). Qualquer queixa relativa a sua participação nesta pesquisa pode ser enviada ao ombudsman da Universidade de Montreal no endereço email: ombudsman@umontreal.ca.

Adesão ao projeto e assinaturas

Tomei conhecimento da descrição do estudo apresentado acima. Fiz perguntas a respeito e considero ter recebido uma informação completa. Compreendo que posso recusar participar ou retirar minha participação a este estudo em qualquer momento sem nenhuma consequência sobre meu emprego atual ou futuro ou sobre meu envolvimento com o programa. Compreendo igualmente que qualquer informação nominal ao meu respeito será mantida em sigilo absoluto. Eu, abaixo-assinado, aceito participar deste estudo.

Nome do/da participante Assinatura do/da participante Data

Eu certifico: a) ter explicado à pessoa signatária os termos do presente formulário de consentimento; b) ter-lhe indicado claramente que ela mantém-se livre em todo momento para pôr fim a sua participação na presente pesquisa.

Nome do/da pesquisador-a Assinatura do/da pesquisador-a Data

O original do formulário será conservado na Universidade (_____) e uma cópia assinada será entregue à pessoa participante. O projeto de pesquisa e o presente formulário de consentimento foram aprovados pelo Comitê de ética da pesquisa da Faculdade de medicina da Universidade de Montreal, em: _____ (CERFM #405).