



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública**

**O contexto local, a organização da atenção primária e a
implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados
da avaliação de dois estudos de caso**

Maria Guadalupe Medina

**Salvador
2006**



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública**

**O contexto local, a organização da atenção primária e a
implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados
da avaliação de dois estudos de caso**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da
Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título
de doutor em Saúde Pública

Maria Guadalupe Medina

Orientadora: Prof^ª. Zulmira Maria de Araújo Hartz

Área de concentração: Planejamento e Gestão em Saúde

**Salvador
2006**

Ficha Catalográfica

M491c Medina, Maria Guadalupe

O Contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso / Maria Guadalupe Medina. -- Salvador: M.G.Medina, 2006.

269f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

**1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária em Saúde.
3. Análise de Implantação. 4. Políticas de Saúde. I. Título**

CDU 614.2

Maria Guadalupe Medina

**O contexto local, a organização da atenção primária e a
implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados
da avaliação de dois estudos de caso**

Data de defesa: 27/03/2006

Banca Examinadora

Prof^a. Elizabeth Moreira dos Santos / ENSP-FIOCRUZ

Prof^a. Cristina Maria Meira de Melo / Escola de Enfermagem-UFBA

Prof. Jairnilson Silva Paim / ISC-UFBA

Prof^a. Lígia Maria Vieira da Silva / ISC-UFBA

Prof^a. Zulmira Maria de Araújo Hartz (orientadora) / ENSP-FIOCRUZ

“A vida social é essencialmente prática. Todos os mistérios que seduzem a teoria para o misticismo encontram a sua solução racional na *praxis* humana e na compreensão dessa *praxis*.”

Marx

“A prática tem uma lógica que não é aquela da lógica e, por conseguinte, aplicar às lógicas práticas a lógica lógica é se expor a destruir, através do instrumento que utilizamos para descrevê-la, a lógica que nós queremos descrever.”

Bourdieu

A meu pai, João†,
pelo exemplo de determinação

A minha mãe, Helena,
pelo exemplo de vitalidade

A meus filhos, Flávio e Natália,
por existirem

AGRADECIMENTOS

Esta é a parte mais difícil do texto, pois não está sujeita a retificações. Esta tese, que assino e sobre a qual assumo responsabilidade, é resultado da contribuição de muitos. O valor e a forma com que cada um, generosamente, participou deste trabalho não podem ser traduzidos aqui, em poucas palavras. Por isso, espero, ao menos, conseguir nomear a todos, expressando, de todo coração, o meu sincero reconhecimento.

A Zulmira, por ter me acolhido carinhosamente como sua orientanda, pelo estímulo e confiança no meu trabalho, pelas observações substantivas e por ter me aberto tantas portas. A André-Pierre, pela simplicidade e generosidade com que me recebeu, por todo apoio durante minha estadia em Montreal. A Sílvia, pela dedicação incondicional e exaustivo trabalho nos momentos mais críticos de produção.

Aos meus companheiros de trabalho, de projetos e amigos, Rosana, pela cumplicidade de nossas histórias, Ana, pela partilha e por todas as sugestões, Valéria e Júlia, que trabalharam arduamente na fase de coleta e processamento dos dados, Cris, Tânia, Roberta, Wellington, Luís e Walberto, pela tolerância e ajuda em tudo que foi preciso.

Aos estudantes que colaboraram com a coleta e processamento dos dados, Rafa 1 e Rafa 2, André, Ana Luiza, Jamile, Tamara, Ivan, Ricardo, Gion, às residentes Gladys, Nanci e Daiana e, especialmente, a José, pela dedicação ao trabalho.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva que me ensinaram tantas coisas, a Lígia, pelas observações no projeto e em outros textos, pelo estímulo em tantos momentos, a Jairnilson e Carmen, pelas contribuições nas disciplinas, na apresentação do projeto na Pesquisa Orientada e no cotidiano do trabalho.

Às colegas de doutorado, com quem dividi angústias, a Cristina, pelas contribuições na Qualificação e a Lucélia, pela ajuda na análise das trajetórias.

Às pessoas e instituições que apoiaram direta e indiretamente este trabalho, especialmente os colegas do Ministério da Saúde, do IMIP e da SESAB. Às Secretarias Municipais de Saúde que disponibilizaram recursos necessários ao trabalho de campo. Ao GRIS (Universidade de Montréal) e à CAPES que apoiaram logística e financeiramente a pesquisa.

A todos os entrevistados, usuários, profissionais e gestores do SUS e membros dos Conselhos Municipais de Saúde, que se dispuseram a colaborar de forma tão solidária.

Aos irmãos e amigos, Tereza, Guida, Dora, Leninha, João, Celinha, Madá e Nery, que me apoiaram das mais diversas formas, mas, especialmente, pelo carinho e apoio emocional.

Resumo

Esta tese, apresentada em forma de artigos, analisa as relações entre o contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes de atenção à saúde através da avaliação de dois estudos de caso em municípios do Estado da Bahia.

Na formatação da tese por artigos, partimos de duas perspectivas inter-relacionadas: a organização da atenção primária e a implantação de redes de atenção à saúde, as quais são recortadas, respectivamente, nos artigos 1 e 2. Em ambos, são apresentados os resultados da avaliação do grau de implantação a partir do desenho de uma imagem-objetivo, formulada com base em pressupostos teórico-metodológicos explicitados nos respectivos artigos. O terceiro artigo analisa o contexto local dos municípios nos quais foram implantadas as intervenções, priorizando como dimensões a conformação do sistema de saúde e as relações estabelecidas entre os atores. Três elementos são centrais no modelo teórico-lógico do estudo: a compreensão da Saúde enquanto campo de ação social¹, uma teoria explicativa da regulação do sistema de saúde² e o poder como categoria chave para análise das relações entre os atores³.

Os resultados dos estudos de caso mostraram distanciamento entre a realidade dos sistemas de saúde investigados e o modelo teórico-lógico construído, não se constituindo a atenção primária em centro de comunicação da rede, mesmo em situações de maior acessibilidade a todos os níveis de atenção, havendo, também, diferenças entre equipes urbanas e rurais e entre as sub-dimensões analisadas no tocante à implantação da atenção primária em saúde. A análise evidenciou que os atores exprimiram concordância com a defesa genérica de alguns princípios do SUS, entretanto isto não pareceu guardar correspondência com uma reflexão crítica sobre a operacionalização destes em temas de políticas ou princípios organizativos dos sistemas municipais de saúde. A implantação da municipalização e, em especial, da gestão plena do sistema, alterou substancialmente a configuração das relações entre os atores, com o estabelecimento de novos arranjos institucionais, com importantes diferenças entre os municípios analisados.

Palavras-chave: integração de serviços de saúde; atenção primária em saúde; saúde da família; análise de implantação; regulação de sistemas de saúde; análise de contextos locais; avaliação de programas; políticas de saúde.

A pesquisa contou com o apoio da CAPES (bolsa de estudos no exterior) e do Groupe Interdisciplinaire de Recherche en Santé (GRIS), vinculado ao Departamento de Administração da Faculdade de Medicina da Universidade de Montréal.

O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 04 de junho de 2004.

¹ BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil, 245p.; BOURDIEU, P. (1998). *O poder simbólico*. Lisboa / Rio de Janeiro. DIFEL / BETRAN BRASIL 311p.

² CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; DE POUVORVILLE, G., POUILLIER, J.-P.; CONTANDRIOPOULOS, D. (2000b). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In: POMEY, M.-P., POUILLIER, J.-P., LEJEUNE, B. *Santé Publique – État des lieux, enjeux et perspectives*, Éditions Ellipses, Paris, p. 637-667

³ TESTA, M., 1992. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas. 226p.

Abstract

This thesis, presented in articles, analyzes the inter-relations between the local context, the organization of primary care and the implementation of health care networks by two case studies in municipal districts of the state of Bahia.

In the structure of the thesis by articles, we started from two inter-related perspectives: the organization of primary care and the implementation of health care networks, which are discussed, respectively, in articles 1 and 2. In both, the results of the implementation level evaluation are presented based on a goal-image, constructed from theoretical and methodological assumptions explained in the respective articles. The 3rd article analyzes the local context of the municipal districts in which the interventions were implanted, electing as dimensions the health system conformation and the relations established between the actors. Three elements are central in the theoretical model of the studies: the understanding of Health as a social action field¹, an explanative theory of the health system regulation² and the power as a key category to analyze the relations between actors³.

The results of the case studies show a gap between the reality of the health systems investigated and the logic model built. The primary care was not the network communication center, even in situations of better accessibility to all care levels, existing, also, differences between urban and rural teams and also between the sub-dimensions analyzed, regarding the implementation of primary care.

The analysis indicates that the actors expressed agreement with the generic defense to some of the SUS' principles. However, that didn't seem to have correspondence with a critical reflection about "putting them in action" in terms of policies or organizational principles of the municipal health systems. The implementation of the decentralization process and, specially, of the complete management of the system, substantially changed the configuration of the power relations between the actors, establishing new institutional arrangements, with important differences between the analyzed municipal districts.

Keywords: integrated care; primary care; health family program; implementation analysis; health systems regulation; contextual analysis; program evaluation; health policies.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| Apresentação | 12 |
| Artigo 1 | 15 |
| Organização da atenção primária em saúde: uma análise das modalidades de implantação na perspectiva de construção de redes | |
| Artigo 2 | 84 |
| Avaliando a implementação de redes de atenção em sistemas municipais orientados pela atenção primária em saúde: um estudo comparado de casos | |
| Artigo 3 | 180 |
| A regulação do sistema de saúde e as relações de poder entre atores: a análise do contexto local em dois estudos de caso | |
| Comentários Finais | 248 |
| Anexos | 253 |
| Parecer de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética | |
| Roteiros das entrevistas | |

APRESENTAÇÃO

Esta tese pretendeu analisar as relações entre o contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes de atenção à saúde, através da avaliação de dois estudos de caso em municípios do Estado da Bahia.

A nossa investigação corresponde a um dos seis tipos de análise em que se decompõe a pesquisa avaliativa: a análise de implantação⁴. Esta se preocupa com as relações entre o contexto, as variações na implantação e os efeitos produzidos por uma intervenção. A implantação se refere ao uso apropriado e suficientemente intensivo de uma intervenção estando, portanto, relacionada à extensão da sua operacionalização adequada. Daí a importância em se estimar o seu grau, o que significa avaliar a sua integridade. Por sua vez, a análise de implantação se preocupa com o estudo dos processos de mudança ocorridos após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma intervenção⁵.

Nossa pesquisa restringe-se ao componente 1, isto é, a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação de redes assistenciais em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família, estratégia adotada no país para organização da atenção primária e estruturação dos sistemas municipais de saúde⁶. Esta foi assumida como uma intervenção complexa e fortemente ligada a seu contexto, de acordo com a tipologia proposta por Contandriopoulos (2000), por se enquadrar nos seguintes requisitos: existência de finalidades múltiplas, organização multi-nível, envolvendo um grande número de atividades e mobilizando um grande número de atores interdependentes, várias dimensões e horizonte

⁴ Contandriopoulos, A.-P.; Champagne, F.; DENIS, J.-L.; AVARGUES, M.-C. (2000). L' évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Révue d'Epidémiologie et santé publique* 48 :517-539.

⁵ DENIS JL & CHAMPAGNE, F. (2000). Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p 49-88.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (1998). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. 2^a ed. Brasília. Ministério da Saúde, 36p.

temporal mal definido e fronteiras fluidas com o contexto, com grande sensibilidade a variações políticas, sociais, culturais, institucionais, organizacionais e técnicas, estando, em certa medida, não dissociada dele.

Na formatação da tese por artigos, partimos de duas perspectivas inter-relacionadas: a organização da atenção primária e a implantação de redes de atenção à saúde, as quais são recortadas, respectivamente, nos artigos 1 e 2. Em ambos, trata-se de avaliar o grau de implantação a partir do desenho de uma imagem-objetivo, formulada com base em certos pressupostos teórico-metodológicos, apresentados nos respectivos artigos.

O terceiro artigo analisa o contexto local dos municípios nos quais foram implantadas as intervenções, priorizando como dimensões a conformação do sistema de saúde e as relações estabelecidas entre os atores. Neste, o estudo do contexto se aproxima, na tipologia proposta por Denis e Champagne (2000), ao modelo político-contingente que mescla elementos das abordagens política e estrutural. Isto significa, para os autores, compreender que, numa organização, os atores perseguem estratégias diferentes (perspectiva política) e que a implantação de uma intervenção sofre, ao mesmo tempo, pressões das características estruturais da organização (perspectiva estrutural) no interior da qual ela se insere.

Assim, a construção do objeto de investigação implicou a utilização do contexto como categoria analítica, bem como a construção de um modelo teórico-lógico que se baseasse numa teoria da ação social capaz de problematizar a “mudança” de processos organizacionais no sistema de saúde. Três elementos são centrais nesse modelo: a compreensão da Saúde enquanto campo de ação social⁷, uma teoria explicativa da regulação do sistema de saúde⁸ e o

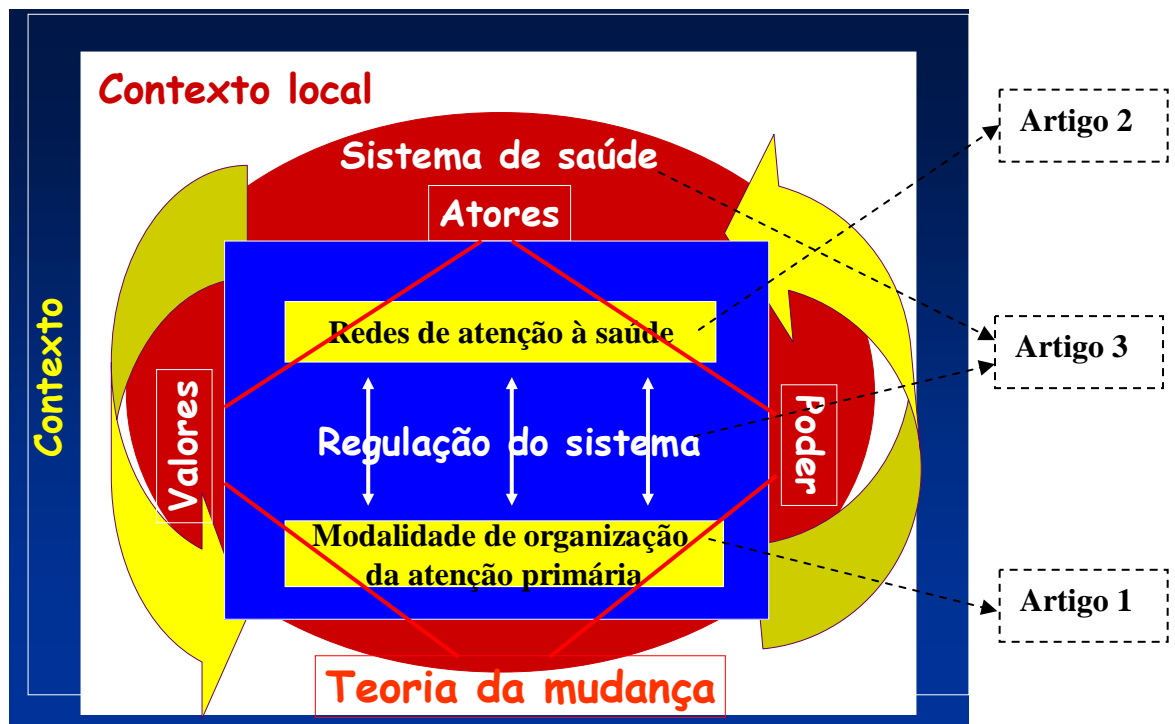
⁷ BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil, 245p.; BOURDIEU, P. (1998). *O poder simbólico*. Lisboa / Rio de Janeiro. DIFEL / BETRAN BRASIL 311p.

⁸ CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; DE POUVORVILLE, G., POUILLIER, J.-P.; CONTANDRIOPOULOS, D. (2000b). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In: POMEY, M.-P., POUILLIER, J.-P., LEJEUNE, B. *Santé Publique – État des lieux, enjeux et perspectives*, Éditions Ellipses, Paris, p. 637-667

poder como categoria chave para análise das relações entre os atores⁹. A figura abaixo representa o foco de cada artigo, realçando os recortes a que se procedeu para fins de aproximação da realidade e de análise do objeto de investigação.

Os comentários finais apresentam algumas pistas na explicação de como o contexto se relaciona com a organização da atenção primária e com a implantação de redes de atenção, compreendendo que há uma interação entre estes elementos como parte de uma totalidade. Pistas que, certamente, serão enriquecidas com a possibilidade do debate, das críticas e das contribuições a que serão submetidos os pressupostos, as hipóteses e as conclusões inacabadas deste estudo, que apontam, também, para novas possibilidades de investigação.

Modelo teórico-lógico da investigação



⁹ TESTA, M., 1992. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas. 226p.

Artigo 1

**Organização da atenção primária em saúde: uma análise das
modalidades de implantação na perspectiva da construção de
redes**

“quase nenhuma outra pessoa, assim como eu, é sensibilizada por aquilo que se pode observar à nossa volta...”

Escher

Organização da atenção primária em saúde: uma análise das modalidades de implantação na perspectiva da construção de redes

Resumo

Diversos autores têm discorrido sobre as distintas concepções e possibilidades de configuração da atenção primária que fundamentam as práticas de saúde no nosso país e no mundo. No Brasil, a implantação do Programa de Saúde da Família, a partir da segunda metade dos anos 90, vem se fazendo com o propósito de reorganizar a atenção básica e estruturar os sistemas municipais de saúde. Entretanto, embora exista, de forma crescente, uma produção científica que busca analisar seus efeitos, são poucos os estudos sobre a modalidade de organização assumida efetivamente pela atenção primária nos municípios que o implantaram.

Este estudo discute a aplicação de uma metodologia utilizada para avaliar a implantação da atenção primária na perspectiva da construção de redes de atenção em sistemas municipais de saúde. Foram realizados dois estudos de caso em municípios do Estado da Bahia, sendo analisadas duas equipes exemplares em cada município. O modelo teórico-lógico elaborado buscou problematizar a inter-relação entre o contexto, a modalidade de organização da atenção primária e a implantação de redes assistenciais de saúde, à luz de uma teoria da mudança. Como parte desse modelo, desenhou-se uma imagem-objetivo de atenção primária, construída a partir da tipologia proposta por Lamarche et al. (2003), do conceito de vigilância da saúde de Paim (1999) e Teixeira et al (1998) e das diretrizes e normas do Programa de Saúde da Família (Brasil, 1998; Bahia, 2000), contemplando duas dimensões: abordagem populacional comunitária e trabalho em equipe. Os resultados mostraram que o desempenho global das equipes e municípios ainda se encontra distante da imagem-objetivo desenhada, havendo diferenças entre equipes urbanas e rurais e entre as sub-dimensões analisadas.

Palavras-chave: atenção primária; saúde da família; análise de implantação; avaliação de programas.

A pesquisa contou com o apoio da CAPES (bolsa de estudos no exterior) e do Groupe Interdisciplinaire de Recherche en Santé (GRIS), vinculado ao Departamento de Administração da Faculdade de Medicina da Universidade de Montréal.

O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 04 de junho de 2004.

Organization of primary care: an analysis of implementation models in the perspective of the construction of health care networks

Abstract

Several authors have been discussing about the distinct conceptions and possibilities of the primary care configuration that bases the health practices in our country and elsewhere. In Brazil, the introduction of the Health Family Program, since the second half of the 90's, is being done with the purpose of reorganizing the primary care level and structure the municipal health systems. However, despite the growing existence of a scientific production that attempts to analyze its effects, there are few studies about the models of organization implemented by the primary care level at the municipal districts that implanted it.

This study examines the application of a methodology used to evaluate the implementation of the primary care under the perspective of the construction of health care networks in municipal health systems. Two case studies were done in municipal districts in Bahia, and two exemplary teams were analyzed in each one. The logic model developed attempted to understand the inter-relation between context, organization model of primary care and the implementation of health care networks, under the light of a theory of change. As a part of this logic model, a goal-image of primary care has been formed from the typology proposed by Lamarche et al. (2003), from the concept of health surveillance by Paim (1998) and from the norms and rules of the Health Family Program (Brasil, 1998; Bahia, 2000), contemplating two dimensions: communitarian population approach and team work. The results demonstrated that the global performance of the teams and municipal districts are still faraway from the pictured goal-image, with differences between the urban and rural teams and between the sub-dimensions analyzed.

Keywords: primary care; health family; implementation analysis, health program evaluation.

Sumário

| | |
|--|-----------|
| 1. Introdução | 20 |
| 2. Metodologia | 24 |
| 2.1. Seleção dos casos | 24 |
| 2.2. Modelo teórico-lógico | 24 |
| 2.3. Fontes de dados e operacionalização do trabalho de campo | 31 |
| 2.4. Análise dos dados | 33 |
| 3. Resultados | 33 |
| 3.1. Caracterização dos municípios-caso | 33 |
| 3.2. Modalidade de organização da atenção primária | 34 |
| 3.3. Organização da atenção primária nas áreas de implantação do PSF | 38 |
| 3.3.1. Abordagem populacional comunitária | 38 |
| 3.3.2. Trabalho em equipe | 50 |
| 4. Discussão | 53 |
| 5. Comentários finais | 64 |
| 6. Referências Bibliográficas | 66 |
| QUADROS | 72 |
| ANEXOS | 80 |

1. Introdução

A contribuição da atenção primária à saúde das populações e na organização de sistemas de saúde tem sido bem documentada pela literatura científica internacional (Starfield, 2004; Starfield et al., 2005; Macinko et al., 2003a). Um sistema de saúde organizado com base na atenção primária apresenta, em tese, melhores possibilidades de desempenho da rede de serviços de saúde: primeiro, porque a atenção primária, diversamente da atenção especializada, possui uma função de integração; segundo, porque ela é mais acessível; terceiro, porque o manejo do paciente na atenção primária é mais adequado ao tipo de queixa que os pacientes apresentam num primeiro contato com os serviços de saúde; e quarto, porque ela organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Em estudos de revisão de literatura, Starfield (2004) e Starfield et al. (2005) relacionaram inúmeras evidências em relação aos efeitos da atenção primária em países desenvolvidos, dentre os quais podem ser mencionados: redução da mortalidade global, por cardiopatia isquêmica, da mortalidade por câncer, da mortalidade neonatal, aumento da expectativa de vida ao nascer, redução da prevalência de baixo peso ao nascer, maior adesão ao tratamento, menor número de hospitalizações, menores os custos, entre outros.

Alguns estudos têm destacado a importância de aspectos específicos na produção de efeitos como o tipo de médico generalista - médico de família, clínico geral ou pediatra - (Shi et al, 2003; Campbell et al, 2003¹⁰), as características organizacionais (Guilliford et al, 2004), ou o tipo de serviço no qual o cuidado é prestado (Regan et al, 2003).

Um relatório que efetuou a síntese das políticas sobre os serviços de saúde de atenção primária no Canadá (Lamarche et al., 2003) propôs uma taxonomia considerando quatro modelos de configuração da atenção primária, que se diferenciam pelo nível de integração

¹⁰ Nos dois estudos mencionados, foram observadas redução em taxas de mortalidade quando se tratava de médicos de família, não ocorrendo o mesmo em relação a clínico geral e pediatra.

aos demais componentes do sistema de saúde e por uma visão predominantemente profissional ou comunitária: o modelo comunitário integrado, o modelo comunitário não integrado, o modelo profissional de coordenação e o modelo profissional de contato. Os dois primeiros repousam sobre uma visão comunitária e os dois últimos, sobre uma visão profissional. Os modelos se diferenciam, por sua vez, pelo nível de integração aos demais componentes do sistema de saúde. Os autores consideraram que nenhum dos modelos alcançou, isoladamente, todos os objetivos esperados para a atenção primária.

Características da política de atenção primária foram relacionadas a seus efeitos em dois estudos internacionais em países desenvolvidos, conduzidos por Starfield (1991 e 1994) e Starfield e Shi (2002). Nestes, a “abrangência dos serviços ofertados” e a “orientação familiar” apareceram como elementos-chave na explicação das diferenças na obtenção de altos e baixos escores de desempenho da atenção primária. Assim, a questão da efetividade parece não se relacionar apenas à sua implementação, mas à concepção e modalidade de atenção primária à qual se vincula.

Em países de terceiro mundo, tem sido destacado que a atenção primária ganhou mais força no espaço do discurso sanitário que sobre os fatos e as práticas (Rovere, 2000; República de Angola, 2003), estando sua implantação real distante da imagem-objetivo original proposta em Alma Ata. Na América Latina, vários autores têm alertado para as diferentes possibilidades de configuração da atenção primária (Vasconcelos, 1999; Paim, 1999 e 2002; Rovere, 2000) e para o risco de implantação de uma “atenção primitiva de saúde” (Testa, 1992) de medicina simplificada e de baixa resolubilidade para grupos de excluídos, que mantém ou reforça as desigualdades em saúde.

No Brasil, algumas propostas no plano da macro-política e da micro-política de saúde têm sido implementadas por gestores e instituições formadoras que focam a organização de práticas no âmbito da atenção primária. Sobressai-se o Programa de Saúde da Família (PSF),

adotado como política nacional, considerado uma estratégia de reorganização da atenção primária em direção à construção da integralidade da atenção (Brasil, 1998).

Em que pese sejam explicitados nos documentos oficiais os princípios e diretrizes orientadoras do Programa, e que haja, de forma crescente, uma produção científica que busca analisar seus efeitos (Viana & Dalpoz, 1998; Unicamp, 1999; Brasil, 2000; Conill, 2002; Medina e Aquino, 2002; Goulart, 2003; Seclen, 2003; Brasil, 2004; entre inúmeros outros), ainda são poucos os estudos sobre a modalidade de organização assumida efetivamente pela atenção primária nos municípios que o implantaram, destacando-se os estudos de Macinko et al (2003b e 2004). Tal questão assume relevância, uma vez que não está dada que sua implantação se faça no sentido da reconversão do modelo convencional existente no país, na direção da integralidade da atenção (Mendes, 2002; Paim, 2002)¹¹.

Diversas pesquisas têm indicado resultados positivos, entretanto, muitos deles apresentam problemas de natureza teórica e metodológica que comprometem a qualidade dos resultados. Ampliação da oferta de serviços básicos de saúde com incremento das atividades relacionadas à atenção pré-natal, assistência à puérpera, atenção à criança, atenção ao adulto (controle da hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, hanseníase e tuberculose), ações de vigilância epidemiológica, ações voltadas para o idoso e para adolescentes foram referidas nos dois grandes estudos nacionais realizados¹², respectivamente, em 1998 e 2000/2001 (Brasil, 2000 e 2004). Problemas na articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção foram referidos na avaliação normativa conduzida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

¹¹ Macinko (2004) menciona que a maioria das avaliações tem focado em financiamento do Programa, necessidades de recursos humanos, tipos de municípios que mais provavelmente adotam o PSF e características que influenciam a adoção do Programa no nível local.

¹² Nos dois casos, tratou-se de avaliações normativas do PSF de caráter censitário. No primeiro, foram visitados 1.129 municípios e, no segundo, 3.778 municípios, sendo entrevistadas 13.501 equipes de saúde da família e 2.558 de saúde bucal.

Embora existam numerosos trabalhos, permanecem dilemas e lacunas sobre a compreensão do processo de implantação deste Programa no país. A maioria dos estudos de implantação (Moraes et al, 1998; Carvalho, 1999; Oliveira-Filho, 1999; Capistrano-Filho, 1999; Teixeira et al. 1999; Costa, 2000; Martini, 2000; Souza e Gianlupp, 2000; Santana e Carmagnai, 2001) são relatos de experiência, sem dúvida importantes no resgate histórico e contextual da implantação do Programa no país, mas com limites em relação à análise de sua direcionalidade. Na dimensão das práticas de saúde, não é possível afirmar que sua implantação possa reverter a lógica da organização da atenção à saúde, vale dizer, do modelo assistencial médico-privatista (Mendes, 1996; Paim, 1999), possibilidade que está condicionada ao modo de operar o Programa de Saúde da Família, de forma a originar novas práticas de atenção pautadas no modelo da vigilância à saúde. Na perspectiva da dimensão do sistema de saúde, as possibilidades de inserção real podem, em tese, variar e, conforme assinala PAIM (2002:364), “(...) para que o PSF não fique confinado no ‘SUS para pobre’ e na ‘atenção primitiva de saúde’, faz-se necessário produzir **cunhas** no nível secundário e **pontes** com o nível terciário da atenção”.

Assim, coloca-se como necessária a condução de novas investigações que contribuam com a análise da implementação dessa política no país, que discutam, especialmente, a modalidade de implantação de atenção primária a que ele se aproxima em sistemas municipais de saúde. Este trabalho busca contribuir nessa direção, propondo uma metodologia de avaliação do grau de implantação da atenção primária a partir da construção de um modelo teórico-lógico, investigando características organizacionais em dois municípios-caso, considerando que tais características estão relacionadas às possibilidades de construção de redes assistenciais, um dos principais desafios da política de saúde no país.

2. Metodologia

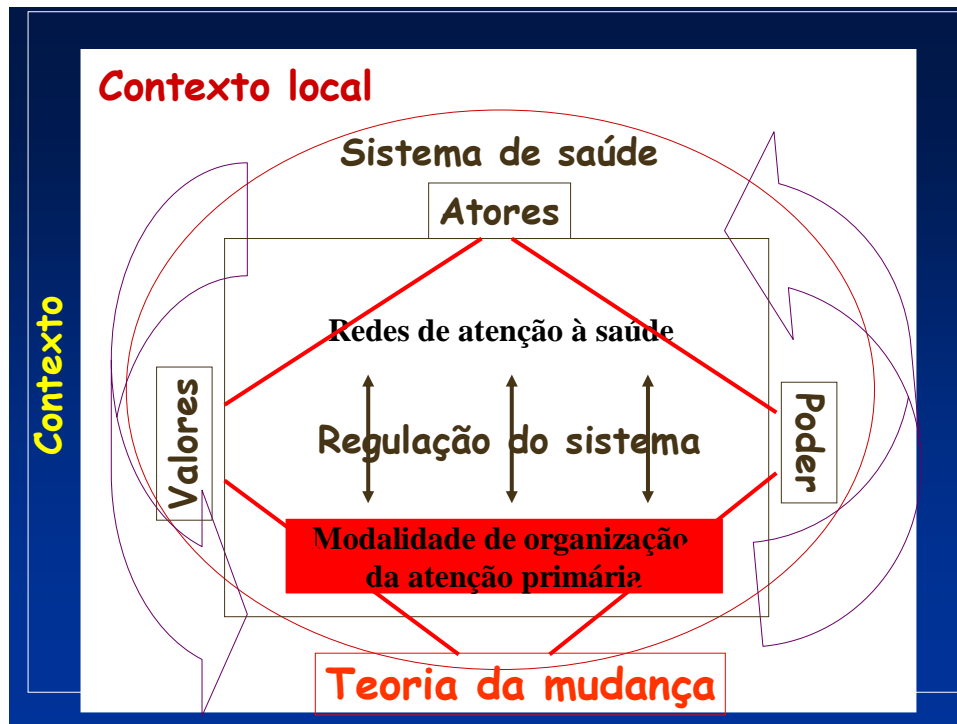
2.1 Seleção dos casos

Foram selecionados dois municípios para esta pesquisa. O primeiro, por ser considerado um caso exemplar de experiência exitosa em termos do processo de descentralização do SUS no Estado da Bahia (Vieira-da-Silva et al., 2002), assim como em relação à implantação do Programa de Saúde da Família (em âmbito estadual e nacional). O segundo caso foi escolhido com o intuito de aumentar a validade externa e robustez do estudo (YIN,1993), buscando-se um município com características similares ao primeiro, sendo estas: população entre 100 e 500 mil habitantes; taxa de urbanização maior que 85%; similaridade de indicadores sócio-econômicos (IDH e renda per capita); gestor municipal filiado ao mesmo partido político de esquerda; continuidade administrativa político-partidária da gestão municipal e do gestor de saúde; habilitação em gestão plena do sistema municipal de saúde (NOB96); gasto per capita em saúde elevado; mais de 6 anos de implantação do PSF com coberturas no período 2002 a 2004 maiores que 40%; articulação com a Universidade para realização de assessoria municipal e formação de pessoal em saúde da família; e adesão a um projeto de reforma e organização do sistema de saúde orientada pela atenção primária.

2.2 Modelo teórico-lógico

O modelo teórico-lógico da pesquisa foi construído a partir da teoria da ação social de Bourdieu (1994 e 1998), aplicada à organização do sistema de saúde por Contandriopoulos (2000, 2001 e 2003), incorporando, também, reflexões de Testa (1997). Buscou-se problematizar a inter-relação entre o contexto, a modalidade de organização da atenção primária e a implantação de redes assistenciais de saúde à luz de uma teoria da mudança (Figura 1).

Figura 1 – Modelo teórico da pesquisa



O sistema de saúde é concebido como um campo situado no espaço social, estruturado por e estruturante do campo de forças em que se relacionam os diferentes campos, conformado pelas características do processo histórico e da organização social no qual se insere, mantendo coerência com o conjunto de práticas e a estrutura simbólica que definem a organização da sociedade num dado momento histórico.

Enquanto tal, é parte de uma totalidade histórica socialmente definida, produtor e reproduzidor, não apenas de condições materiais (reprodução e contenção da força de trabalho, reprodução de capital), mas, também, de condições não-materiais – simbólicas – da vida social (Testa, 1997).

A organização do sistema de saúde reflete uma dada condição de equilíbrio e hegemonia de práticas e concepções vinculadas a determinados atores sociais¹³, estabelecidas

¹³ Contandopoulos elabora uma definição de ator social tomando como referência Benson (1975) e Bourdieu (1992, 1994): “Um ator pode ser definido como um agente (ou um grupo organizado de agentes) que interagem com outros num espaço social estruturado (um campo) para reforçar sua posição, mobilizando simultaneamente estratégias de cooperação e de enfrentamento com o objetivo de controlar os recursos críticos do campo”. Cada ator se caracteriza de forma indissociável e recursiva por suas estruturas mentais e cognitivas (sua visão de mundo, seus conhecimentos e suas crenças, suas intenções e projetos), os recursos (econômicos, culturais,

mediante uma conformação definida das relações de poder entre eles. Estas não são sempre imediatamente aparentes na interação, tal que se possa observar, e contribuem para manter o *status quo* e a inércia do sistema (Contandriopoulos 2000, 2001 e 2003).

As mudanças na direção da reorganização do sistema de saúde, na perspectiva da construção de redes, requerem a introjeção de novos valores e instituição de novas práticas pelos atores, o que implica a reconfiguração das relações de poder estabelecidas entre eles.

Diferentes modalidades de implantação da atenção primária se traduzem em diferentes níveis de integração desta com os demais serviços no sistema de saúde (Lamarche et al., 2003). A modalidade de implantação da atenção primária produz um efeito sobre a existência e modo de implantação dos cuidados integrais, de sorte que tanto maior seja o engajamento dos profissionais, gestores e comunidade na direção de um modelo comunitário, tanto mais se exercerá uma pressão sobre o sistema de saúde para implantar processos implicados com a integralidade dos cuidados. Por outro lado, o reflexo desse processo retorna sobre a atenção primária na medida em que a rede passa a exigir um certo desempenho deste nível para responder com competência as necessidades da população. Dito de outro modo, quanto mais reforço exista nos mecanismos de integração, mais eles evoluirão.

Modalidade de implantação da atenção primária

Elaborou-se uma imagem-objetivo de atenção primária, construída a partir da tipologia proposta por Lamarche et al. (2003), do conceito de vigilância da saúde de Paim (1999) e Teixeira et al (1998) e das diretrizes e normas do Programa de Saúde da Família (Brasil, 1998; Bahia, 2000). Essa imagem-objetivo contempla duas dimensões: abordagem populacional comunitária e trabalho em equipe (Quadro 1).

Abordagem populacional comunitária

sociais e biológicos) que possui ou que ele controla e que definem sua posição no campo, e, finalmente, suas disposições”. Para fins de exposição dos resultados e discussão, será utilizado o termo agente para o indivíduo e ator para o grupo.

Esta dimensão comportou três sub-dimensões, a saber: territorialização, organização das ações de saúde e estabelecimento de vínculo serviço-população.

❖ Territorialização

A territorialização consiste no processo de apropriação do território pela equipe de saúde, compreendido enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais (Aquino, 2003). De acordo com as diretrizes do Programa de Saúde da Família, as equipes definem a população objeto da intervenção num processo de territorialização que envolve o esquadrinhamento do território, a construção de mapas e o cadastramento de todas as famílias da área de abrangência. Esse processo é desenvolvido numa etapa inicial de implantação da equipe, mas deve ser permanentemente atualizado. O objetivo é conhecer o território e sua população de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados. O recurso e a utilização de mapas inteligentes ou temáticos acoplados ao mapa estático é recomendado, tendo em vista uma melhor sistematização das informações para orientar o trabalho da equipe (Brasil, 1998; Bahia, 2000).

Neste estudo, quatro ações fundamentais mensuraram o processo de territorialização no âmbito da equipe de saúde da família: a definição da população-alvo, o cadastramento das famílias, a realização de mapeamento da área e a lógica do mapeamento.

O critério “definição da população-alvo” diz respeito tanto à existência quanto ao modo como a equipe define a população que é alvo das ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária. Neste estudo observou-se, especificamente, a adjacência e tamanho da população, adotando-se como parâmetro de avaliação as normas e diretrizes do PSF, que estabelecem como limite de cobertura potencial 1.000 famílias ou 3.450 pessoas por equipe e cerca de 150 famílias por agente comunitário de saúde.

O processo de territorialização prevê, ainda, a divisão das áreas das equipes de saúde da família em micro-áreas, que correspondem a territórios de atuação dos agentes

comunitários de saúde. Essas micro-áreas devem ser definidas de acordo com critérios de risco, de forma que cada micro-área seja internamente homogênea. Dessa forma, o processo de territorialização criaria o lastro sobre o qual se operacionalizaria o princípio da equidade, ao possibilitar a realização de intervenções no âmbito da atenção primária dirigidas a grupos com níveis diferenciais de necessidades de saúde (Bahia, 2000).

❖ Organização das ações de saúde

A definição dos critérios relacionados a essa sub-dimensão inspirou-se teoricamente na proposta da “vigilância da saúde” (Paim, 1999; Teixeira et al, 1998). De acordo com essa proposta, ao invés da mera oferta de serviços de atenção médica, os serviços deveriam ser estruturados de forma a responder aos problemas de saúde através de uma ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença, atuando, dessa forma, sobre os *danos* (agravos, doenças, acidentes), os *riscos* (fatores individuais e coletivos, pessoais e sócio-ambientais) e os *determinantes* (sócio-estruturais) desse processo (Paim & Teixeira, 1992). A vigilância da saúde apresenta sete características básicas: intervenção sobre problemas (danos, riscos e ou determinantes), ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações (Teixeira et al., 1998).

Para análise da organização das ações de saúde, foram adotados os seguintes critérios: “realização e atualização de análise da situação de saúde”, “lógica da análise da situação de saúde”, “enfoque por problemas”, “utilização do enfoque de risco”, “articulação da abordagem individual com a coletiva” e “estabelecimento de parcerias com outras instituições”.

❖ Estabelecimento de vínculo equipe-população

A atenção continuada é uma das características mais importantes da atenção primária e a diferencia da atenção secundária e terciária (Starfield, 2004). Isto porque embora a continuidade possa estar presente na atenção especializada, neste nível ela está mais orientada para o manejo de problemas específicos do que de atenção às pessoas. Na atenção primária, espera-se familiaridade dos profissionais de saúde, tanto com os pacientes quanto com seus problemas, e o estabelecimento de uma relação entre serviço e usuário que independe da necessidade de atendimento em função de um problema específico de saúde. Estabelece-se uma “parceria sustentada” (Institute of Medicine, 1997 apud Starfield, 2004), calcada nas interações entre profissionais e pacientes que cria, inclusive, melhores condições para o manejo dos problemas e maior efetividade das ações.

Em sistemas de saúde organizados em rede, a atenção primária deve garantir a continuidade do cuidado ao longo da cadeia de procedimentos e serviços, com responsabilização dos profissionais da atenção primária pelo acompanhamento do usuário, independentemente do tipo de serviço que ele necessite e do tipo de instituição onde buscá-lo, exercendo a função de coordenação das ações ofertadas (Starfield, 2004) ou, como denomina Mendes (2005), de centro de comunicação da rede de atenção à saúde.

O estabelecimento de uma “parceria sustentada” entre serviço e população pode ser pensado tanto no âmbito das relações pessoais entre indivíduos-usuários e profissionais quanto no âmbito das relações institucionais, mais ou menos estruturadas, entre o conjunto de profissionais de saúde e o conjunto dos habitantes de uma determinada área, uma vez que os problemas de saúde e as intervenções se expressam em níveis de complexidade distintos, e que a tensão entre o individual e o coletivo se coloca tanto no espaço privado das relações entre usuário-profissional quanto no espaço público das relações entre coletivos (população-profissionais ou entre organizações). Em ambos ocorrem definições de necessidades e de prioridades em saúde.

Cinco critérios mensuraram, neste estudo, o estabelecimento de vínculo equipe-população: “conhecimento da população e território”, “compreensão do contexto familiar”, “compreensão do contexto comunitário”, “operacionalização do princípio de responsabilidade” e “participação da população no planejamento e gerenciamento da unidade de saúde”.

Trabalho em equipe

O trabalho em saúde tem sido largamente tematizado, e sua importância considerada mesmo por correntes antagônicas em relação à teoria das organizações. Em uma vertente da abordagem funcionalista, define-se as organizações de saúde como “organizações profissionais” cuja eficácia de desempenho reside na capacidade de definir procedimentos e normas padronizados com vistas à rotinização e ganho de eficiência, à semelhança de uma cadeia de montagem, de acordo com o princípio de que a performance de uma organização de saúde reside na sua capacidade de estandardizar bem o trabalho (Mintzberg, 2004). Numa vertente marxista (Mendes-Gonçalves, 1988 e 1992), o trabalho e o processo de trabalho são tomados como categorias centrais de análise e compreensão das práticas de saúde, devendo ser apreendido em sua dupla dimensão – técnica e social – produtor e reproduzidor das relações sociais que se estabelecem no âmbito da sociedade e elemento central da mudança organizacional.

O modelo teórico construído nesta pesquisa fundamenta-se em uma “teoria da mudança” que a compreende como resultado da re-configuração do espaço social onde os atores sociais se relacionam, isto é, uma mudança de suas posições relativas no sistema, com nova configuração das relações de poder. Isto exige, por sua vez, uma transformação do sistema dominante de valores e crenças. Esta transformação se faz através de um processo de problematização do modo operatório das práticas, mediante a reflexão crítica e o aprendizado coletivo, vinculando mudanças de paradigma de intervenção em saúde e de prática.

A construção de redes a partir da atenção primária - no duplo sentido de que a rede se estrutura a partir dela e de que neste âmbito também deve se estruturar enquanto rede - exige um novo *modus operandi* das equipes de saúde, da organização do seu processo de trabalho, que reflete no modo de organização do serviço na sua relação com a população.

Assim, buscou-se apreender a implantação do trabalho em equipe na atenção primária à saúde a partir dos seguintes critérios: “circulação da informação satisfatória para profissionais da equipe mínima”, “existência de espaços de discussão de casos e/ou atividades”, “existência de espaços compartilhados de decisão”, “repartição satisfatória das responsabilidades entre os profissionais da equipe mínima” e “equilíbrio nas relações de poder entre os atores”.

2.3 Fontes de dados e operacionalização do trabalho de campo

Foram utilizadas as seguintes fontes de informação:

- ❖ sistemas de dados nacionais demográficos e de saúde, obtidos através do Datasus (www.datasus.gov.br): Censo 2000 e estimativas populacionais, Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ❖ documentos técnicos dos municípios relacionados a processos de gestão e organização do sistema de saúde (planos de saúde, relatórios de gestão, projeto de expansão do Programa de Saúde da Família -PROESF-, documentos técnicos dos setores de atenção básica);
- ❖ entrevistas semi-estruturadas com gestores, membros das equipes de gestão, representantes de Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde das equipes de

saúde da família e usuários das unidades de saúde investigadas, totalizando 81 entrevistas (Anexo 1);

❖ diário de campo do pesquisador principal, incluindo observação da rotina de trabalho das equipes de saúde da família, de equipe de coordenação da atenção básica, dos conselhos municipais e um conselho local de saúde.

O trabalho de campo nos estudos de caso se fez por aproximações sucessivas, tendo sido iniciado no município A e, em seqüência, no município B, desenrolando-se, a partir de então, simultaneamente nos dois municípios, porém com etapas não coincidentes. A pesquisa contou com a colaboração de auxiliares de pesquisa para o trabalho de campo e o processamento dos dados. Foi obtido consentimento escrito dos entrevistados e assegurado sigilo, tanto dos entrevistados quanto dos municípios.

A análise em profundidade sobre a modalidade da implantação da atenção primária foi realizada através da coleta de dados em duas áreas (urbana e rural) de implantação do Programa de Saúde da Família em cada município, selecionadas através de entrevistas com informantes-chaves, com base nos seguintes critérios: existência de equipe mínima completa, tempo de atuação igual ou maior que um ano, ser exemplo de sucesso em termos de implantação do PSF¹⁴.

¹⁴ Os entrevistados responderam à pergunta “quais as equipes de saúde da família de melhor desempenho?” e “por que?”. As respostas ao “por que” diziam respeito ao cumprimento das normas do Programa, especialmente carga horária, comprometimento dos profissionais com o trabalho e a população, boa integração entre os membros da equipe (especialmente médico e enfermeiro) e competência profissional (médico e enfermeiro). No município A, apenas duas equipes preenchiam os critérios de tempo de implantação e composição da equipe. Ambas foram mencionadas pelos entrevistados como exemplares em relação ao desempenho. No município B, mais de duas equipes foram pré-selecionadas, sendo realizada uma reunião com membros da coordenação da atenção básica onde foi feito um ordenamento das equipes, em termos de desempenho, para escolha das duas equipes integrantes do estudo. Nesse processo, foi eliminada uma equipe da zona rural considerada de melhor desempenho que a selecionada ao final, pelo fato dos profissionais terem participado de 3 pesquisas avaliativas em menos de 6 meses.

2.4 Análise dos dados

Para caracterização dos municípios-caso, foi realizada análise descritiva dos dados secundários e análise documental. Os dados qualitativos produzidos através de entrevistas foram processados com o auxílio do NVIVO (versão 2.0).

Para caracterização da modalidade de implantação da atenção primária, os critérios utilizados neste estudo foram graduados de modo que, quanto maior a graduação alcançada, maior a integridade da implantação na dimensão observada. A pontuação obedeceu a um escalonamento ao interior de cada critério, de modo a valorizar os aspectos considerados mais relevantes. O Quadro 1 sumariza o conjunto de dimensões, sub-dimensões e critérios, com respectiva graduação e definição, adotados neste estudo.

Houve pontuação dos critérios para cada equipe, a partir da análise de consistência das informações prestadas pelos diversos entrevistados, cotejando-se com as demais evidências levantadas (triangulação). Ao final, estipulou-se um escore para cada equipe.

Foram consideradas como unidades de análise nos estudos de caso o município e a equipe de saúde. Assim, além da atribuição do escore por equipe, foi atribuído um escore para o município, obtido através da média da pontuação das duas equipes respectivas, analisando-se cada critério isoladamente, as sub-dimensões e dimensões observadas, e o escore global.

3. Resultados

3.1 Caracterização dos municípios - caso

Como já comentado, os municípios A e B possuem dados demográficos semelhantes (porte populacional, pirâmide etária), sendo uma diferença importante a densidade populacional, bem inferior no Município B. Os dados sócio-econômicos também são compatíveis entre os dois municípios e privilegiados quando comparados à situação geral do Estado (IDH e proporção da população com renda percapita inferior a R\$75,00), destacando-

se o maior percentual de analfabetismo funcional no Município B. Os indicadores sanitários revelam precariedade em relação a abastecimento de água, ligação a rede de esgoto e coleta de lixo e os indicadores epidemiológicos demonstram taxas de mortalidade infantil próximas à média do Estado (23,0/1000 nascidos vivos) e superiores à média nacional (18,9/1000 nascidos vivos) em 2003. Chama a atenção, entretanto, a elevada proporção de óbitos por causas mal definidas em ambos os municípios (Quadro 2).

Apesar de, nos dois casos, haver continuidade administrativa, quando se analisa a estabilidade e coerência ideológica das alianças políticas¹⁵ e o apoio do Legislativo, o Município B apresenta um cenário político mais favorável.

Em relação à organização do sistema de saúde, ambos encontram-se habilitados em gestão plena do sistema municipal de saúde (GPSMS/NOB96) e apresentam percentual de gastos do Tesouro Municipal superior a 15% no ano de 2004. O gasto per capita com saúde foi significativamente maior no Município B (2003), ao passo que a proporção de despesas na atenção básica é bem menor. As coberturas do Programa de Saúde da Família são consideradas elevadas, superiores no Município B, especialmente tendo em consideração que são municípios de mais de 100 mil habitantes, requerendo grande número de equipes para obtenção de altas coberturas (Quadro 2).

3.2 Modalidade de organização da atenção primária

A rede básica de serviços de saúde do município A é composta por unidades tradicionais e unidades de saúde da família, estas últimas proporcionando uma cobertura de cerca de 50% da população do município. Alguns indicadores, apresentados no Quadro 3, permitem estimar a cobertura de serviços básicos no município. A média anual de consulta médica básica era de 0,7 por habitante em 2004, inferior à média do Estado, estimada em 1,2 (SIA-SUS, 2004). Desde que foi implantado, o PSF apresentou um impulso importante, tendo

¹⁵ A classificação ideológica em blocos partidários foi a de Rodrigues, L. M. (2002): direita, centro e esquerda com agrupamento partidário proposto por Melo (2000): esquerda – PT, PDT, PSB, PC do B, PPS e PV; centro – PMDB e PSDB; direita – PFL, PPB, PTB, PL, PDC, PL, PST, PSC, PTR, PMN, PSD, PRP e PRS.

passado de cerca de 4% em 1999 a 26% em 2001, continuando em ritmo de crescimento acelerado até o momento da pesquisa (SIAB, 1999 a 2004). O município fez adesão ao Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família, apresentando uma meta de cobertura populacional de mais de 75% ao final de 2005. A cobertura de agentes comunitários de saúde era de mais de 70% no final de março de 2005 (SIAB, 2005).

A organização da atenção básica é assumida como prioridade de governo no discurso da equipe gestora e documentos oficiais, através da implantação progressiva do Programa de Saúde da Família. Ainda assim, a implantação de unidades chamadas tradicionais é justificada pela necessidade de oferecer maior cobertura de ações básicas em curto espaço de tempo.

O município realizou mapeamento do território para definição das áreas de abrangência das equipes. Todavia, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) identificou problemas em relação à distribuição territorial dos agentes comunitários, subdimensionamento da população e ausência de diagnóstico das necessidades de saúde das áreas cobertas pelas equipes.

A cobertura populacional de cada equipe ultrapassa muito, em geral, o número de 1.000 famílias ou 3.500 pessoas, preconizado pelas normas do PSF, chegando a 4.000 ou 4.500 pessoas. Nas equipes sem médico, que correspondiam a 36% do total, na época da coleta de dados, os usuários são encaminhados para uma unidade básica tradicional ou para o Centro de Atendimento Especializado para atendimento médico. À época da coleta de dados, a SMS estava estudando a possibilidade de estabelecer carga horária parcial aos médicos do PSF para que eles viessem a trabalhar em duas unidades.

As equipes de saúde da família possuem autonomia na definição da sua rotina e organização das ações ofertadas, contudo, a equipe gestora exige que seja dedicado um turno semanal de trabalho para reunião de equipe e que o coordenador da equipe seja o profissional de enfermagem. Esta decisão pautou-se no argumento de que este profissional apresenta perfil

mais adequado às atividades gerenciais, não tendo sido uma boa experiência, na avaliação da equipe gestora, a assunção desta tarefa por outros profissionais de nível superior¹⁶.

No município, o esforço de organizar o trabalho com equipes multiprofissionais na atenção primária se faz exclusivamente no âmbito das equipes de saúde da família. Nas unidades tradicionais, embora existam profissionais de formação variada (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos) o trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, sem qualquer integração entre os profissionais.

As equipes de saúde da família são formadas por médico, enfermeiro, agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, correspondendo ao formato “equipe mínima” do PSF. O odontólogo ainda não foi incorporado à maioria das equipes e os usuários das unidades de saúde da família, que não têm este profissional, buscam esse tipo de serviço em unidades básicas tradicionais.

As percepções dos entrevistados em relação às diferenças da atenção prestada por unidades de saúde da família e unidades tradicionais foram contraditórias. Enquanto alguns ressaltaram, como aspecto distintivo, a questão do vínculo nas equipes de saúde da família, outros mencionaram não haver diferenças entre o tipo de atenção prestada por ambos os modelos.

A rede básica de serviços de saúde do município B é composta por unidades tradicionais e unidades de saúde da família, estas últimas proporcionando uma cobertura de aproximadamente 60% da população do município. A média anual de consultas médicas básicas por habitante era de aproximadamente 0,9 em 2004, um pouco abaixo da média do Estado, estimada em 1,2 (Quadro 3). A cobertura de agentes comunitários de saúde era de mais de 90% no final de março de 2005 (SIAB, 2005). A gestão municipal refere a adoção do

¹⁶ A maioria das equipes funcionava com base num esquema de rodízio para o cargo de coordenação, considerando que este gera uma sobrecarga de trabalho para o profissional que o assume. A equipe gestora avaliou que os profissionais médicos não cumpriam satisfatoriamente com essa função, atrasando o envio de instrumentos administrativos e gerenciais, além de reclamarem muito da realização dessa atividade.

PSF como modelo substitutivo de organização da atenção básica e eixo orientador da organização do sistema de saúde. O município fez adesão ao Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família, apresentando uma meta de cobertura populacional de cerca de 70% para o ano de 2008.

O município foi um dos primeiros a implantar o PSF no Estado da Bahia e a cobertura do Programa evoluiu de menos de 10%, em 1999, a mais de 50% em 2001 (Quadro 3). Entretanto, a população de referência por equipe é superior ao esperado, sendo maior do que 4.000 pessoas em cerca de 60% delas. Na época do trabalho de campo, 5% das equipes de saúde da família estavam sem médico.

A organização das ações nas unidades básicas tradicionais é distinta daquela que se observa nas unidades de saúde da família no que diz respeito às práticas gerenciais, bem como às assistenciais propriamente ditas. Há, também, diferenças em relação aos salários dos profissionais, superior para aqueles vinculados ao Programa. Os entrevistados destacam como uma das diferenças mais importantes a ausência de vínculo entre profissionais e equipe.

A organização da atenção primária no município é territorializada, tanto em relação ao PSF quanto às unidades tradicionais, sendo que as áreas de implantação do PSF foram definidas pelo Conselho Municipal de Saúde, tendo sido priorizadas por apresentarem maior “risco social”: piores indicadores sócio-sanitários e carência de assistência.

As unidades tradicionais dão suporte às unidades de saúde da família em pediatria e ginecologia, reservando uma cota de vagas de consulta para essas áreas. Além disso, ofertam consultas médicas com clínico geral quando há falta de médico nas unidades de saúde da família, o que ocorre com certa frequência devido à alta rotatividade desse profissional. Há uma definição de referência entre unidades de saúde da família e unidades tradicionais.

Diferentemente do município A, o município B tem uma equipe responsável pela coordenação da atenção primária com um elevado nível de organização, evidenciada pela

definição, normatização e rotinização de um conjunto de procedimentos relacionados às práticas gerenciais. Essa equipe tem um coordenador geral e se reúne com regularidade semanal.

3.3. Organização da atenção primária em áreas de implantação do PSF

O Quadro 4 sumariza a avaliação da implantação da atenção primária para as equipes urbana (U) e rural (R) investigadas em profundidade nos dois municípios através das dimensões, sub-dimensões e critérios utilizados neste estudo.

As equipes, todas consideradas exemplares, estavam com o quadro de pessoal da equipe mínima completa, sendo que no município A não havia odontólogo em ambas. As equipes rurais apresentavam área de atuação consideravelmente maior que as de zona urbana, chamando a atenção a grande distância (45 quilômetros) entre o centro da cidade e a localização da equipe da zona rural (R) no município B.

Na consolidação geral, o desempenho das equipes do município A foi semelhante. Já no município B, a pontuação global foi nitidamente diferente entre as equipes, o que resultou da consistência dos resultados de desempenho, sempre superiores para a equipe urbana, em todas as sub-dimensões observadas. O desempenho global das equipes mostrou-se ainda distante da imagem-objetivo desenhada, com grande disparidade entre as equipes do município A e do município B (Quadro 5).

O escore global do município B foi bastante superior ao do município A, sendo exatamente igual a este nas sub-dimensões “territorialização” e “trabalho em equipe”.

3.3.1 Abordagem populacional comunitária

❖ Territorialização

O escore global obtido pelas equipes nesta sub-dimensão foi semelhante em ambos os municípios (Quadro 4). As áreas estavam adequadamente mapeadas e o cadastramento das famílias era sistematicamente atualizado em todas as equipes, tendo estas obtido pontuação

máxima nos dois critérios mencionados. A realização do mapeamento contou, sempre, com uma participação ativa dos agentes comunitários de saúde e todos os profissionais demonstraram conhecimento do território respectivo.

Em todas as equipes, a lógica do mapeamento é ordenada, sendo as famílias cadastradas de forma seqüenciada, atendendo a ordem dos domicílios. A divisão do território em micro-áreas obedeceu, preferencialmente, a critérios de natureza geográfica. Não há menção, por exemplo, à eleição de critérios de risco para desenho de micro-áreas. Por outro lado, alguns agentes, em ambos municípios, referiram a existência de diferentes condições de vida numa mesma micro-área. Segundo relatos de agentes comunitários de saúde, as famílias de melhor nível sócio-econômico e poder aquisitivo não utilizam, geralmente, a unidade de saúde da família por possuírem planos privados de saúde.

A definição da população alvo estava em conformidade com as Normas do Programa de Saúde da Família em duas equipes (R, município A, e U, município B). Na equipe U, do município A, foram observados problemas de adjacência territorial, estando a unidade fisicamente localizada (localização provisória, segundo entrevistados) em uma área não pertencente ao seu território de atuação. A interface com áreas cobertas e áreas não cobertas em relação ao PSF leva a equipe a atender usuários que não estão em sua área de abrangência, mas que a procuram por maior proximidade em relação à unidade básica tradicional de referência para essa população. Para esse grupo de pessoas, é ofertado atendimento médico e de enfermagem, mas ressaltado que não existe vínculo com a unidade, isto é, que ela não se responsabiliza pela marcação de exames e nem pelo acompanhamento domiciliar através dos agentes comunitários de saúde. A área onde está localizada a unidade U (município A) é uma área muito populosa, ainda em expansão, com novas construções e loteamentos, e a equipe é responsável por cerca de 4.000 pessoas.

A equipe R do município B também apresentava problemas em relação à definição da população-alvo, atendendo a um número de famílias muito superior ao esperado (cerca de 1.400), além de ser esta população muito dispersa geograficamente, correspondendo a três distritos rurais. Tal dispersão faz com que a equipe necessite de 20 minutos a uma hora e meia de carro para chegar até os locais mais distantes (depois de haver chegado à sede), onde foram construídas pequenas unidades que servem de ponto de atendimento.

Pôde-se observar que os problemas na definição da população-alvo das equipes estavam relacionados aos processos de reorganização e re-mapeamento das áreas e ao processo de expansão do Programa nos municípios-caso.

❖ **Organização das ações de saúde**

No município A, o atendimento aos usuários que procuram o serviço espontaneamente absorve a maior parte ou quase totalidade do tempo disponível para o trabalho dos profissionais de nível superior, especialmente o médico. A marcação das consultas nas duas unidades de saúde da família é feita através da distribuição de fichas por ordem de chegada¹⁷.

Os prontuários são organizados por família. Cada família possui um envelope, cuja capa é a ficha de cadastro da respectiva família, onde ficam guardados os prontuários individuais. As famílias da mesma micro-área ficam agrupadas, ordenadas por numeração.

Em reunião de planejamento, a equipe da unidade R decidiu estabelecer turnos de atendimento para as micro-áreas, todas as manhãs, e turnos de atendimento para grupos, à tarde (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc). A equipe estipulou, também, a regra de que cada família só teria direito a uma ficha. Na unidade U, não há distribuição dos atendimentos por micro-área, mas adota-se, também, o modelo de atendimentos por grupos programáticos.

¹⁷ Na unidade R, durante quatro dias na semana, há marcação de consultas médicas para o dia seguinte, sendo 12 fichas pela manhã e 5 à tarde, reservando-se uma cota de, respectivamente, 4 a 6 fichas pela manhã e 2 a 3 à tarde para atendimentos extra, porque a carga horária à tarde é menor. Há um dia em que o médico trabalha fora, com outro vínculo com a própria prefeitura. Em relação às consultas de enfermagem, a cota é de 6 a 8 fichas por turno. Na unidade U, são reservados dois dias na semana para marcação de consulta médica para toda semana. Para o atendimento de enfermagem são também reservados turnos específicos para os grupos (gestantes, crianças, etc), de acordo com programações semanais e mensais que mudam em função, entre outras coisas, da disponibilidade de equipamentos e material (balança, foco), compartilhados com outra unidade de saúde.

Os profissionais de nível superior mencionam que as atividades de cunho educativo não são tão freqüentes quanto seria desejado, em função do elevado número de pessoas por equipe e da grande demanda de atendimento¹⁸. Os agentes são os principais promotores das atividades educativas comunitárias, desenvolvendo-as de forma descentralizada, em suas respectivas micro-áreas, ou agrupando micro-áreas contíguas para sua realização. Muitas vezes tais atividades contam com a participação de outros profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem e enfermeiro) e, ocasionalmente, na equipe U, e raramente, na equipe R, do médico¹⁹.

Além dos grupos educativos, as atividades de promoção e prevenção são desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde através das visitas domiciliares. É através destas que os agentes acompanham os grupos prioritários oferecendo, também, apoio domiciliar relacionado ao auto-cuidado.

A realização de visitas domiciliares pelo médico não é regular na Unidade R, ficando na dependência da solicitação do agente comunitário de saúde, para os pacientes que não podem se deslocar. Nesses casos, o número de fichas de consulta médica é reduzido. Já na unidade U, a visita aos pacientes acamados é mensalmente programada e realizada pelo médico.

A visita domiciliar de enfermagem é programada nas unidades sem uma freqüência definida, para acompanhamento de grupos (puérperas, pacientes acamados) e verificação do cumprimento das tarefas dos agentes comunitários. Nesses casos, o atendimento de

¹⁸ A grande concentração das atividades dos médicos em torno dos atendimentos deixa uma sensação de frustração nos profissionais, como pode ser observado pelo relato do médico da unidade U: “Achim que eu estou aqui, a médica está no Posto só para atender, minha função é só essa, e eu sinto que eu só faço ambulatório aqui. Eu, às vezes, converso ‘T., não estou fazendo PSF, porque eu faço ambulatório, eu venho, entro, atendo e acabou’. E não é isso que eu queria. Eu só me sinto fazendo PSF quando eu faço as visitas, porque é o momento que eu saio da Unidade. Não consigo fazer uma atividade educativa, sentar, planejar, não consigo.”

¹⁹ A enfermeira da unidade U refere que, ao menos mensalmente, é desenvolvida alguma atividade com sua presença, através de reunião comunitária ou sala de espera. Entretanto, no período da coleta de dados na unidade (dois meses) os auxiliares de pesquisa não presenciaram atividades de sala de espera em ambas unidades.

enfermagem da unidade R é suspenso enquanto que na unidade U isto não implica num remanejamento das demais atividades.

Nenhum dos entrevistados da equipe R mencionou haver participado de qualquer análise sistemática da situação de saúde da população da área pela equipe. Vale registrar que muitos dos entrevistados participaram de cursos de capacitação na modalidade “treinamento introdutório”, que têm como um dos temas e atividades a realização de análise da situação de saúde. Na equipe U há referência, justamente, de realização da análise de situação de saúde com participação da comunidade na ocasião do treinamento introdutório, há mais de dois anos, quando a equipe foi constituída.

As evidências parecem indicar que, ainda que as equipes tenham sido capacitadas para realização da análise da situação de saúde, tal conteúdo não foi incorporado como prática. Isto é: não há um plano organizado de ação pautado em uma análise da situação, com formulação e explicitação dos problemas e organização de ações articulada de promoção, prevenção, cura e reabilitação em função de prioridades.

Apesar de a análise da situação de saúde não aparecer dentre as ações da equipe, os entrevistados revelam uma apropriação do território e da população que permite identificar problemas sócio-sanitários. Esses problemas são tomados naturalmente enquanto preocupações dos profissionais, entretanto, não foram discutidos com a população e não orientam a organização de ações de saúde. Estas tampouco são pautadas no perfil epidemiológico da área, mas acontecem em função da demanda de atendimento e dos programas e grupos priorizados nacionalmente para serem abordados no âmbito da atenção primária. Esses são considerados como grupos de risco e o serviço desenvolve um conjunto de ações preconizadas de acordo com os manuais técnicos. Não existe, entretanto, nesse nível, uma análise e discussão autônoma em torno do conceito de ‘risco’ que conduza à eleição de grupos ou situações específicas das duas áreas estudadas. Por exemplo, vários entrevistados

mencionaram a existência de grande número de obesos e de fumantes, tanto na população em geral quanto entre pacientes hipertensos e diabéticos. Entretanto, quando indagados sobre a discussão da equipe em torno desses problemas ou a proposição de ações dirigidas a esses grupos, não demonstram tê-los tomado como objeto de preocupação, para além da prescrição, já incorporada nos manuais, de orientar os pacientes individualmente sobre o hábito de fumar e a alimentação.

A articulação da abordagem individual com a coletiva é realizada em relação aos agravos e grupos priorizados nacionalmente pelo Programa de Saúde da família, através de oficinas ou reuniões comunitárias das quais participam os agentes comunitários e o profissional de enfermagem e, esporadicamente, o médico. As estratégias pedagógicas adotadas são dramatizações e palestras e as atividades são desenvolvidas em equipamentos comunitários (escolas, creches, bares e centro comunitário). Não há espaço próprio nas unidades de saúde e, eventualmente, na unidade R, a reunião deixa de ser realizada por falta de espaço.

Os entrevistados mencionaram que o atendimento de pessoas com o mesmo problema (hipertensos e diabéticos) e de grupos prioritários (gestantes e crianças) em turnos específicos – oferta por grupos programáticos – facilita a articulação da abordagem individual com a coletiva por propiciar a reflexão sobre aquele problema / grupo específico, ao concentrar a abordagem individual de casos clínicos similares. De fato, esse argumento está muito alinhado ao modo de raciocínio clínico que opera, sobretudo, por estudo de casos. A utilização do prontuário família oferece, também, suporte para essa articulação, possibilitando uma intervenção mais ampliada a partir do atendimento individual, tanto em relação ao binômio indivíduo-grupo quanto em relação ao binômio tratamento-prevenção, sendo o ponto de partida, sempre, o caso clínico.

Em outra direção, e de forma mais esporádica, existe a abordagem dos indivíduos mediada pelos grupos, por exemplo, aproveitando-se oportunidades de realização de atividades de grupo com adultos para tomada da pressão arterial.

Ressaltam-se as limitações na abordagem familiar enquanto objeto de intervenção da equipe, conceitual e operacionalmente definido. Por exemplo, o prontuário familiar consiste, na verdade, em um envelope onde estão guardados os prontuários de todos os indivíduos de determinada família mas, apesar de conter informações sobre as condições de moradia (levantadas pelos agentes comunitários através das fichas A do SIAB), estas permanecem desatualizadas, além de não haver qualquer registro quanto ao perfil psico-social ou dinâmica familiar. Nesse sentido, ele funciona mais como instrumento de organização dos registros que de organização das ações. Um outro exemplo desta limitação é a restrição organizacional na marcação de consultas de uma única ficha por família, mostrando a adoção de uma lógica, pela equipe, dificultadora de uma abordagem integral e integradora do cuidado em saúde.

Os profissionais da equipe, especialmente os agentes comunitários, são capazes de nomear e descrever as principais atividades das instituições presentes nas respectivas áreas de atuação. Entretanto, o estabelecimento de parcerias é limitado à realização de atividades preventivas nas creches e escolas - aplicação de flúor, pesagem e medição de crianças, escovação e realização de palestras educativas -, algumas das quais articuladas com a Pastoral da Criança. Tais atividades são sistematicamente programadas e realizadas.

As equipes estudadas em profundidade no município B obtiveram desempenho superior, nesta sub-dimensão, em relação às do município A.

Ambas equipes realizaram análise de situação de saúde com a participação da população há menos de um ano (em uma das equipes o médico não participou desta atividade) e buscam adequar a programação das atividades da unidade a partir de problemas identificados. Observamos uma grande familiaridade dos profissionais de nível superior com

os dados epidemiológicos das suas respectivas áreas e o manuseio de relatórios mensais do SIAB, sugerindo uma apropriação diferenciada dos problemas sócio-sanitários, isto é, pautada não apenas na experiência do atendimento à população, mas, também, na utilização de ferramentais gerenciais.

O conhecimento dos problemas leva as equipes a buscar soluções, muitas vezes, além dos limites restritos das intervenções médico-sanitárias *sensu strictu* (um exemplo foi a condução da campanha de agasalho para o inverno da equipe U), mas não necessariamente conduz à elaboração de novas propostas para sua solução, mesmo quando estes dizem respeito à oferta ou organização de serviços de saúde. Assim, por exemplo, a análise da situação de saúde na área da equipe U indicou a necessidade de uma retaguarda em saúde mental (muitas famílias com problemas psico-sociais e abuso de drogas entre adolescentes²⁰) e, na equipe R, em fisioterapia (muitas pessoas com problemas de coluna de origem ocupacional), entretanto, não foram relatadas iniciativas de busca de soluções através das próprias equipes de saúde (para além das orientações aos próprios usuários de que buscassem atendimento em serviços especializados).

No desenvolvimento das atividades das equipes, há um maior equilíbrio entre o atendimento à demanda espontânea e a oferta programada que no município A, com maior envolvimento do médico em ações educativas e visitas domiciliares. A equipe U reserva um turno para atividades educativas, tanto para o médico como para a enfermeira, um turno para visita domiciliar para cada um deles e um para reunião de equipe. Já a equipe R trabalha com uma programação mensal em função das necessidades de deslocamento para os pontos de atendimento nas localidades, reservando apenas um turno mensal de cada profissional (médica e enfermeira) para visita domiciliar e 4 turnos mensais para atividades educativas

²⁰ A equipe selecionou famílias de risco em cada micro-área chegando a um total de 30 famílias. Em trabalho conjunto com estudantes universitários, estão oferecendo o que chamam de “atenção especial” a essas famílias, isto é, um acompanhamento mais próximo com identificação de suas necessidades e busca de soluções. Esse trabalho vem sendo desenvolvido através de uma articulação com uma universidade privada e foi iniciado por demanda dos estudantes.

(médica, enfermeira e odontóloga). As visitas domiciliares da médica e enfermeira são marcadas pelo ACS em casos considerados “de emergência”.

As atividades de promoção e prevenção são desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, com grande ênfase na prevenção de agravos específicos para grupos prioritários, através de visitas domiciliares, e pelos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e odontólogo) através das atividades educativas.

As unidades implantaram o acolhimento aos usuários para atendimento à demanda espontânea. Na unidade U, este consiste na escuta diária (das 7 às 8 da manhã) de todos os usuários que comparecem à unidade de saúde, por auxiliar de enfermagem. Este preenche uma planilha e a repassa ao médico e enfermeira que procedem, então, à priorização do atendimento. Aqueles que não conseguem ser atendidos, são orientados a retornar no dia seguinte e passam novamente pelo processo de acolhimento e priorização. Na unidade R, o acolhimento é realizado apenas na sede, pelo auxiliar de enfermagem, e à chegada da equipe é procedida a priorização dos atendimentos; o usuário que não consegue ser atendido é agendado para outro dia; nos pontos de atendimento nas localidades, o agente comunitário respectivo faz, previamente, a priorização do paciente para consulta, não havendo acolhimento.

Em ambas unidades, os prontuários são organizados por família, como no município A, ordenados por micro-área. Na unidade R, os prontuários dos pacientes que residem nas localidades ficam distribuídos nos respectivos pontos de atendimento.

A utilização do prontuário familiar favorece a abordagem individual com a coletiva em relação a agravos e grupos priorizados nacionalmente pelo Programa de Saúde da Família. Entretanto, observam-se limitações semelhantes ao município A na abordagem familiar enquanto objeto de intervenção da equipe.

Os profissionais das equipes, tanto agentes comunitários, auxiliares de enfermagem e profissionais de nível superior, são capazes de nomear e descrever as principais atividades das instituições presentes nas respectivas áreas de atuação. Observou-se que, na equipe R, o estabelecimento de parcerias estava limitado à realização de atividades preventivas nas creches e escolas, regularmente programadas e realizadas, enquanto que na equipe U havia um trabalho mais sistemático e de longa duração com associações de moradores da área.

❖ **Estabelecimento de vínculo equipe-população**

O desempenho das equipes de ambos os municípios foi semelhante em relação a esta sub-dimensão, apresentando pontuação igual nos critérios “conhecimento da população e território”, “compreensão do contexto familiar”, “compreensão do contexto comunitário” e “operacionalização do princípio de responsabilidade” (Quadro 4).

As evidências indicam a existência de vínculo entre o serviço e a população no plano das relações interpessoais, em unidades de saúde da família, o que é percebido pelos entrevistados como uma diferença e uma mudança em relação à atenção prestada pelas unidades básicas tradicionais.

Os profissionais revelam uma apropriação do território e das condições de vida das famílias que se traduz na capacidade de descrever os lugares, discutir o perfil sócio-econômico da população, identificar os pacientes pelo nome e reconhecer o lugar onde moram. Isto acontece não apenas em relação aos profissionais de nível médio, mas, também, dos profissionais de nível superior, inclusive o médico²¹.

Os usuários sentem-se respeitados, demonstrando confiança no trabalho da equipe (todos os usuários entrevistados nos dois municípios referiram um alto grau de satisfação com os profissionais das equipes). Os profissionais, por sua vez, sentem-se acolhidos pela população.

²¹ A seguinte frase de um profissional da equipe é bem ilustrativa: “conheço muito mais a comunidade B do que no bairro que eu moro... eu não conheço meus vizinhos, onde eu moro.”

O agente comunitário de saúde é o principal mediador da relação entre o serviço e a população, o que se faz, substancialmente, através da realização das visitas domiciliares, sua principal atividade. Quase todos os usuários entrevistados nomearam os agentes comunitários de suas respectivas áreas. A visita ao domicílio está prevista para ser realizada mensalmente, entretanto ela alcança uma média mensal maior que 1, nas equipes de ambos os municípios. (SIAB, 2004 e 2005).

As oportunidades de encontro entre os profissionais e a população da área, na cotidianidade das relações e diversidade de espaços onde elas ocorrem no território - território este que se multiplica ou desdobra (território-casa, território-escola, território-unidade de saúde, território-rua) - favorecem o estreitamento dos laços e o estabelecimento de trocas profissionais-usuários. O acesso irrestrito e a experiência que o profissional vive no cotidiano do seu trabalho na área permitem conhecer as condições de vida do usuário, sua dinâmica familiar e suas referências culturais. A familiaridade com que os profissionais abordam e discutem os casos dos usuários, lançando mão de características relacionadas ao contexto sócio-familiar, ora para explicar o problema de saúde, ora para justificar as dificuldades na sua intervenção, ora para propor soluções de cunho social mais abrangente em relação a problemas locais (como o desemprego, por exemplo) demonstram a apropriação pelos profissionais das condições de vida dos usuários.

Há evidências de que todas as equipes se sentem responsáveis pela população de suas respectivas áreas e acompanham os usuários no domicílio, além de realizarem visitas domiciliares para obter informações sobre o paciente com familiares quando este se encontra internado. Não há, entretanto, intercâmbio entre unidades de saúde quando isso ocorre e todas as informações sobre os casos têm como fonte os familiares (através das visitas dos agentes) e/ou os próprios usuários quando retornam para acompanhamento nas unidades de saúde.

Se no que se refere às relações interpessoais foi observado o estabelecimento de vínculo população-serviço de forma indistinta, o mesmo não ocorreu quanto à participação sistemática e regular da população local no gerenciamento e planejamento das ações de saúde. Apenas em uma unidade (equipe U, município B) foi observada presença de Conselho Local de Saúde formalmente constituído e atuante.

No município A, não existia Conselho Local em nenhuma unidade de saúde da família²², havendo, contudo, convocação da população, em ambas unidades de saúde, quando se tratava de decisões administrativas ou operacionais de maior importância, a exemplo do local para estabelecimento da unidade de saúde ou os horários de funcionamento da distribuição das fichas.

Já com relação à equipe R do município B, havia relatos de que existia um Conselho Local de Saúde muito atuante. Todavia, no momento da coleta de dados ele estava desativado, os mandatos haviam expirado e não tinha havido substituição de vários de seus membros. A equipe referia, ainda, dificuldade de realização de reuniões do Conselho em função da distância entre as localidades e estava estudando alternativas de rever a sua composição no que diz respeito à representação de todas as localidades, para viabilizar seu funcionamento regular.

No município A, alguns profissionais mencionaram que as associações de bairro não funcionavam bem, que a população participa pouco e valoriza mais o atendimento que as atividades comunitárias. Por outro lado, existe a percepção por parte destes de que é mais importante para a população a intervenção curativa individual que outros tipos de intervenção comunitária: “a população, às vezes precisa mais de atendimento do que de reunião” (relato de um profissional).

²² No período da coleta de dados, a Secretaria Municipal de Saúde definiu, como uma das atividades prioritárias do internato de medicina no município, o trabalho junto às unidades de saúde para formação de conselhos locais.

3.3.2 Trabalho em equipe

Todas as equipes apresentaram pontuação máxima em relação a esta dimensão. A divisão das tarefas e responsabilidades foi considerada satisfatória pelos profissionais entrevistados. Os profissionais avaliaram que as funções estavam bem definidas e havia conhecimento mútuo em relação às atividades desenvolvidas por todos. Além disso, foi mencionado o apoio recíproco das atividades, entre os profissionais, na presença de dificuldades para o cumprimento de alguma tarefa, aliviando-se, mutuamente, a carga de trabalho.

Foram observadas diferenças na divisão de tarefas entre os membros das equipes nos dois municípios. No município A, os médicos são responsáveis pelo atendimento individual no acompanhamento de doenças e agravos, constituindo-se esta sua principal atividade. Os enfermeiros, além de assumirem as atividades gerenciais e de supervisão, especialmente dos agentes comunitários de saúde, realizam atendimento individual preventivo e organizam as atividades educativas de grupo, das quais participam ocasionalmente. Realizam, também, atendimento individual para crianças em relação às doenças de maior prevalência na infância (AIDPI), para o qual foram treinados. Eventualmente, atendem pacientes hipertensos e diabéticos controlados, fazendo solicitação de exames e mantendo a sua prescrição. Isto é feito com a intenção, sobretudo, de “agilizar o atendimento”. É interessante notar que a divisão do trabalho entre médicos e enfermeiros no atendimento individual reproduz a divisão preventivo/curativo, que se expressa na organização das ações programáticas. Esta repartição técnica do trabalho é justificada pelos profissionais principalmente por duas razões: pela opção dos médicos por alguns programas e pela falta de capacitação dos enfermeiros em hipertensão e diabetes.

No município B, observou-se um maior compartilhamento das tarefas administrativas entre os membros da equipe (mesmo os de nível médio) e da gerência das unidades (entre os

profissionais de nível superior), não havendo a definição clara de um coordenador. Além da maior distribuição de responsabilidades gerenciais, há, em ambas equipes, rodízio na preparação e condução de reuniões internas. Com relação às práticas assistenciais propriamente ditas, diferentemente do município A, não se reproduz, na divisão técnica do trabalho, uma grande rigidez no recorte preventivo/curativo, estando médicos, enfermeiros e odontólogos diretamente envolvidos com as ações de promoção e prevenção realizadas no território, inclusive reuniões de conselho local de saúde, do qual o médico da equipe U é presidente.

Os agentes comunitários de saúde têm um papel importante na circulação das informações, sendo os principais responsáveis pelo intercâmbio serviço-comunidade: avisam a população sobre programação de atividades, agendamento de consultas especializadas, fazem entrega de exames, trazem da população o relato de problemas, solicitação de marcação, além das informações sistemáticas relacionadas aos usuários e famílias acompanhadas.

Os auxiliares de enfermagem atuam especialmente no apoio às atividades programáticas nas equipes, executando ações como tomada de pressão arterial, pesagem, vacinação, dispensação de medicação, organização e limpeza do material. Eles participam, também, com os agentes comunitários, de atividades educativas. Há, ainda, os agentes administrativos que trabalham na recepção das unidades organizando os arquivos. No município A, estes são os principais responsáveis pela recepção da população nas duas unidades.

A rotina de trabalho nas unidades se desenvolve em um clima de harmonia na relação dos usuários com os profissionais e destes entre si.²³. O ambiente acolhedor e de integração da

²³ As unidades são acolhedoras, apesar de três delas, as duas do município A e uma do município B, apresentarem infra-estrutura inadequada para a realização das atividades, tanto em relação ao espaço físico quanto à disponibilidade de equipamentos e material para o trabalho. Não foi realizada uma avaliação da estrutura neste trabalho, entretanto, utilizou-se um roteiro de observação das unidades que incluiu informações

equipe e a valorização do trabalho de cada profissional parecem ser responsáveis pelo elevado grau de satisfação no trabalho. Esta satisfação foi revelada pelos entrevistados de forma espontânea quando se referiam à rotina do trabalho²⁴.

O convívio cotidiano da equipe durante todo o dia de trabalho promove a existência de espaços informais de circulação da informação. A troca de informações sobre os pacientes se imiscui na rotina de forma, quase sempre, não estruturada, isto é, através de encontros entre profissionais que se dão pela oportunidade, principalmente entre médico-enfermeiro e agente comunitário-enfermeiro.

No município B, a integração da equipe R é reforçada pelos momentos de estreitamento do convívio dada pelas condições de trabalho (longo trajeto diário de deslocamento, preparo de refeições coletivas, cotizadas entre seus membros). Há um alto grau de informalidade no tratamento interpessoal e, fora dos horários de trabalho, alguns profissionais mantêm relações sociais.

A circulação das informações na unidade se faz, também, de forma estruturada e coletiva, através das reuniões semanais (nas duas equipes do município A e na equipe U do município B) e quinzenais (equipe R do município B). Nas unidades observadas, elas acontecem com regularidade e contam com a participação de todos os profissionais. A reunião é valorizada por todos como um espaço importante de troca e de programação de atividades, excetuando-se a discussão de casos clínicos que esbarra em “preceitos éticos” relacionados ao sigilo profissional. Na reunião, também, se discutem os problemas, as propostas de mudança

sobre espaço físico e infra-estrutura. Com base neste roteiro foi elaborado um breve relatório pelos auxiliares de pesquisa de campo que ficaram nas respectivas unidades. Além disso, os aspectos relacionados à infra-estrutura e espaço físico foram por mim mesma observados e registrados no diário de campo. As evidências de inadequação foram tão claras, referindo-se a aspectos tão essenciais da assistência, que permitem sustentar essa afirmação. Por exemplo, a sala de atendimento da médica da unidade U não tinha maca, o que a obrigava a ir para a sala da enfermeira e utilizar a mesa ginecológica para examinar os pacientes. Obviamente, isto interfere na qualidade do atendimento e poderíamos, facilmente, listar um conjunto argumentos demonstrando tal “inadequação”.

²⁴ No município A, à satisfação no trabalho contrapõe-se uma profunda insatisfação nas relações estabelecidas com a prefeitura municipal. A ausência de vínculo permanente de trabalho gera uma situação de instabilidade profissional que faz com que os profissionais de nível superior vejam a situação como provisória. Isto é aliado à queixa de baixos salários, quando se compara a situação em municípios vizinhos.

na rotina (por exemplo, horários de marcação, remanejamento de atividades quando da ocorrência de férias de algum profissional, etc.). Concluimos que as reuniões de equipe se revelam como espaços compartilhados de decisão.

4. Discussão

Este estudo pretendeu avaliar a modalidade de implantação da atenção primária em dois municípios do Estado da Bahia. O escore global observado para cada município não é, necessariamente, representativo da situação real em que ele se encontra, que poderia, talvez, ser inferida a partir de uma média dos valores obtidos em todas as unidades de atenção primária existentes. Contudo, uma vez que a pesquisa trabalhou com casos considerados “exitosos” na implantação de uma intervenção que pretende reorganizar a atenção primária, o resultado observado é, provavelmente, indicativo de um nível superior de desempenho do município, importante para avaliar, em uma realidade que é, antes de tudo, dinâmica, a direção, limites e potencialidades das mudanças na implantação de um novo modelo de organizar a atenção à saúde²⁵. Diante do exposto, há que considerar preocupante o fato dos escores alcançados estarem, ainda, muito aquém da imagem-objetivo desenhada.

As diferenças observadas entre os municípios devem estar relacionadas a múltiplos fatores contextuais que não foram investigados em profundidade nesta pesquisa. Entretanto, algumas questões merecem ser consideradas no levantamento de hipóteses.

Inicialmente, vistos de forma superficial, os contextos político-institucionais de ambos parecem apresentar muitas semelhanças, não sendo distintivos entre eles: os gestores possuem a mesma afiliação político-partidária (inclusive os gestores do sistema de saúde), os municípios estão habilitados em gestão plena do sistema municipal de saúde, os indicadores

²⁵ É provável que o município B apresente maior homogeneidade entre equipes que o município A, dado que existe um elevado grau de normatização das ações na atenção primária quando comparado àquele, e há constância e regularidade dos processos de supervisão local.

sócio-sanitários não apresentam grandes disparidades. Entretanto, há indícios de que tanto a capacidade de governo quanto a governabilidade²⁶ são distintas. Por exemplo, no município A, as forças políticas não apresentam alianças consolidadas, com importantes diferenças na configuração das coligações nas três últimas eleições municipais. Na última eleição, tanto partidos de esquerda e centro deram sustentação a candidaturas de partidos de direita a prefeito, quanto partidos de centro apoiaram candidatura de esquerda. Identificaram-se, também, mudanças de partido, inclusive de espectro ideológico distinto, especialmente entre os partidos de centro e de direita. Já no município B, há constância do grupo que conduz a gestão municipal há mais de duas gestões.

A gestão da Secretaria de Saúde no município A foi, também, inconstante, com 4 secretários de saúde em 5 anos. Em que pese todos pertencerem ao mesmo partido político e não ter havido manifestação pública de ruptura com o projeto de governo em saúde, não podem ser ignorados os efeitos que as mudanças de direção causam nos re-arranjos intra-institucionais, nas configurações internas de poder e na continuidade da implementação de políticas. Estudo realizado por Vieira-da-Silva et al. (2005) em municípios baianos em gestão plena do sistema de saúde revelou que, para que o processo de descentralização resultasse em mudanças concretas nos sistemas locais de saúde, faziam-se necessárias certas condições relacionadas ao “triângulo de governo”, destacando, especialmente, o papel de liderança do gestor municipal para incorporação de inovações na gestão.

Se os constrangimentos no nível do sistema são capazes de responder por diferenças municipais de desempenho, o mesmo não pode ser dito com relação às semelhanças e divergências de pontuação entre equipes, nas sub-dimensões analisadas. Algumas delas, por exemplo, parecem estar diretamente relacionadas às diferenças de contexto urbano-rural. As equipes urbanas de ambos municípios tiveram melhores desempenhos, tanto globais quanto

²⁶ Adotamos, aqui os conceitos de Matus (1993) de triângulo de governo: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade.

na maioria das sub-dimensões, nunca apresentando graduação inferior às rurais. Este achado reforça a idéia de que as intervenções em saúde, nesse caso, através da implantação do Programa de Saúde da Família, não estão conseguindo discriminar positivamente a população rural. Isto é tão mais importante por se tratar de um Programa que traz como um dos princípios fundamentais a noção do território como espaço de intervenção e sugere a necessidade de repensar as normas do Programa incorporando a dimensão do território de forma mais coerente, inclusive, com as concepções que o sustentam.

De fato, a implantação de uma atenção primária territorializada põe em relevo um conjunto de questões e desafios, nem sempre evidentes em uma primeira aproximação, que a análise dos casos faz suscitar. Primeiro, parece que a implantação do Programa foi capaz de promover, independente de fatores contextuais, a incorporação de procedimentos técnicos relacionados à territorialização, o que reitera achados de outros estudos (Brasil, 2000 e 2004). Entretanto, a lógica do mapeamento ainda não atende à sua característica mais radical de inovação organizacional, na medida em que desconsidera o conceito de risco como nuclear para a compreensão desse processo. Isto pôde ser observado pela ausência de mapas temáticos, pela heterogeneidade, às vezes presentes, em micro-áreas e pela não problematização do conceito de território no cotidiano do trabalho. Vale, entretanto, ressaltar sua valorização pelos atores, pelas possibilidades de estabelecimento de vínculo criadas a partir desse processo.

Como pôde ser observado, as equipes constroem um certo grau de vínculo com as populações de abrangência, traduzido pelo alto grau de conhecimento e compreensão do contexto em que se inserem, o que parece estar diretamente relacionado ao modelo territorializado de atenção primária²⁷. Estudo realizado em Petrópolis comparando a

²⁷ Um aspecto importante do estabelecimento de vínculo é a continuidade da atenção, incluída neste projeto de pesquisa, mas abordada em outro artigo.

organização da atenção entre unidades tradicionais e unidades de saúde da família evidenciou vínculo mais forte das últimas com os usuários (Macinko et al, 2003).

A compreensão do contexto em que o usuário e sua família estão inseridos certamente tem reflexos na prática dos agentes. Entretanto, uma vez que os processos de formação dos profissionais de saúde não os instrumentaliza para análise de contextos no desenho de intervenções, é esperado que haja limites na sua incorporação.

Há evidências de que a ausência de ferramentas conceituais e metodológicas para lidar, profissionalmente, com a complexidade e globalidade com que se manifestam os problemas, no âmbito da atenção primária, faz com que a utilização de tais informações seja introduzida no esquema de operações mentais que o profissional maneja para resolvê-los de um modo assistemático e particular, que não favorece sua utilização adequada no momento em que ele intervém sobre os mesmos. Por um lado, a apropriação de tais conhecimentos se faz mediada pelos valores pré-concebidos e disposições que ele porta como parte de seu *habitus* (Bourdieu,1994) . Por outro, a incorporação espontânea de tais informações, mediada pela experiência prática, não se faz conjugada com um processo de reflexão sistemática de natureza pedagógica (seja através de instituições de ensino formal, seja através de processos pedagógicos de outra natureza). Dito de outra forma, o acesso e contato dos profissionais com a realidade das condições de vida das pessoas não é capaz, e nem poderia, por si só, de produzir um outro tipo de prática profissional que as levasse em conta, profissionalmente, na sua intervenção. Podemos supor que elas se incorporam intuitivamente e guiam certas condutas, mas sem nenhuma garantia de eficácia, uma vez que os profissionais não foram preparados para lidar com a complexidade das situações vivenciadas no âmbito da atenção primária. Pelo contrário, podemos supor que algumas condutas possam ser mesmo inadequadas diante de situações-problema, ou requereriam outras intervenções que não são identificadas pelos profissionais.

Um processo de educação permanente que apontasse tais limites seria importante para superação de problemas. No município A, observou-se que não foram construídas as bases para tal. O processo de supervisão das equipes é praticamente inexistente e a compreensão dos problemas de capacitação pela equipe de gestão é limitada às questões técnicas de conteúdo cognitivo²⁸. Já no município B, foram observadas iniciativas na elaboração de um projeto de educação permanente com vistas a aproximar o processo de formação da prática cotidiana dos agentes.

O estabelecimento de vínculo parece ser dificultado, também, pelas constantes mudanças na definição da população-alvo, decorrentes do próprio processo de ampliação do PSF, além das migrações de famílias ao interior do município, não criando condições estáveis para a construção de parcerias sustentadas mais organizadas. Em tais circunstâncias, não apenas a construção de vínculos acaba comprometida, como ocorre ruptura de vínculos anteriormente construídos, não sendo desprezíveis seus efeitos negativos, tanto para a população quanto para profissionais de saúde.

A distância das equipes e municípios em relação à imagem-objetivo na sub-dimensão “estabelecimento de vínculo” se deveu à pontuação obtida nos critérios “operacionalização do princípio de responsabilidade” e “participação da população no planejamento e gerenciamento local da unidade de saúde”. Uma maior permeabilidade à participação da população na discussão de problemas e definição de prioridades foi observada no município B. Entretanto, a despeito da percepção de responsabilidade pela população, manifesta pelos agentes, todas as equipes mostraram insuficiência na operacionalização desse princípio, mostrando que a almejada co-responsabilidade pelo cuidado à saúde entre usuários e profissionais ainda é uma utopia. Alguns fatores podem estar limitando o exercício dessa operacionalização, dentre os quais pontuamos: inexistência de ferramentas gerenciais mais sólidas na comunicação entre as

²⁸ Esta é uma questão que será discutida em outro artigo, quando se abordará o contexto simbólico – valores e paradigma de intervenção que orientam as ações dos atores sociais no município.

unidades, inexistência de uma cultura de coordenação da rede pela atenção primária e inexistência de um modelo usuário-centrado que tensione os limites dessa responsabilidade. O estudo dos casos sugere, também, que outros fatores, para além dos constrangimentos político-institucionais e determinantes sociais mais globais precisam ser investigados como possíveis determinantes deste problema. Nossa hipótese é a de que isto esteja fortemente relacionado ao plano simbólico, isto é, à relação entre valores e práticas dos agentes e suas implicações na regulação do sistema de saúde.

A grande diferença de pontuação entre os dois municípios se deu, principalmente, às custas das diferenças na sub-dimensão “organização das ações de saúde”, com um nível de desempenho muito baixo do município A, enquanto que o município B, num nível intermediário, se aproximou mais da imagem-objetivo desenhada. No primeiro, observou-se que, ainda que tenha havido mudanças de prática, em comparação ao modelo queixa-conduta ou à chamada assistência primária primitiva, a oferta de ações se faz com base em uma lógica pouco orientada pela vigilância da saúde.

Observamos, no município A, que a organização das ações conduziu a um modelo voltado para a organização da demanda, isto é, de sua adequação e adestramento a uma oferta pré-definida. Não se trata de submeter a oferta de serviços a uma análise de necessidades de saúde, de focar os problemas e moldar a organização dos serviços, a articulação de ações preventivas e curativas, de modo singular, em função de tais necessidades. Antes, trata-se de empreender uma lógica racionalizadora ao serviço de modo a otimizar, principalmente, o tempo de trabalho dos profissionais. Trata-se de organizar a demanda, ofertando programas. A demanda passa a ser restringida por constrangimentos organizacionais do serviço. O usuário,

a população e suas necessidades de saúde ou de serviços de saúde não estão no centro do sistema, mas sim, as necessidades dos serviços de saúde, interpeladas pelos profissionais²⁹.

Os achados suscitam a necessidade de debater algumas questões, dentre as quais destacamos especialmente duas: a primeira, diretamente relacionada ao processo de trabalho; a segunda, ao conteúdo ou objeto de trabalho das equipes.

Com relação ao processo, aparece uma tensão entre autonomia e normatização. Enquanto no município B há um importante esforço de normatizar e supervisionar os processos de trabalho das equipes, no município A, é conferida maior autonomia aos profissionais para gerir e organizar as ações nesse âmbito - ainda que contingenciada pelas normas do Programa, normas administrativas da SMS e processos burocráticos mais gerais. A autonomia conferida aos profissionais na gestão de seus processos de trabalho tem sido pontuada como uma iniciativa importante para possibilitar a emergência de processos mais criativos e soluções mais adequadas a realidades locais (Cecílio, 1997; Merhy, 1997). Entretanto, se isto não está subordinado a uma lógica de atenção usuário-centrada, corre-se o risco de que as equipes estabeleçam, como normas, condutas e procedimentos que vão em direção contrária aos princípios fundamentais que orientam a reforma sanitária brasileira. O caso foi exemplar nesse sentido, demonstrando a implantação de normas de atendimento nas unidades que criavam verdadeiras barreiras organizacionais ao serviço, dificultando o acesso do usuário, ou estabelecendo critérios de priorização que aumentavam as iniquidades em saúde.

Com relação ao objeto de trabalho, as novas bases sobre as quais se busca organizar o trabalho no PSF tende a produzir um conjunto de intervenções, previstas e não previstas, sobre o território, os sujeitos e os grupos que faz aflorar questões de cunho ético de uma natureza completamente distinta daquela que circunscreve a abordagem individual de

²⁹ Isto não significa, necessariamente, que a equipe não esteja lidando com problemas relevantes na área, como parece ser o caso, por exemplo, em relação à hipertensão e diabetes, sabidamente, de acordo com os indicadores disponíveis, de elevada prevalência.

pacientes por profissionais de saúde isolados. Tais questões tendem a ser não-reconhecidas pelos profissionais, pois não possuem instrumentos cognitivos e operativos para reconhecê-las. Isto faz com que haja, de um lado, um esvaziamento de toda a problemática ética na relação que os profissionais e, especialmente, os agentes comunitários de saúde, estabelecem com os sujeitos, individualmente e coletivamente, no território, e, de outro, uma regulação das ações dos agentes na relação que eles estabelecem com os sujeitos, individualmente e coletivamente, na unidade de saúde.

A unidade de saúde e o território aparecem como espaços sociais distintos na perspectiva da construção dos códigos de conduta dos profissionais. Dito de outra forma, não há restrições sobre o que se pode saber no ambiente domiciliar, o que se pode perguntar e compartilhar com os outros profissionais. A intromissão do Estado através da Saúde no espaço privado é legitimada pela naturalização de uma intervenção que é destituída de uma ‘tonalidade’ profissional. Por exemplo, a visita domiciliar não é um ato profissional *stritu sensu*. Não há código que regule esse procedimento, não há normas de como realizá-lo, não há disputa profissional em torno da legitimidade de quem pode exercê-la (como ocorre, por exemplo, com relação a inúmeros atos ditos médicos ou de enfermagem). Não há definição clara de seus conteúdos. É ilustrativo, por exemplo, que ela quase se confunde com a “visita” no senso comum do termo, pelos usuários.

Os limites dessa intervenção são ainda mais borrados pelo fato de o agente comunitário pertencer à comunidade, isto é, habitar na mesma área, estabelecer relações de vizinhança, amizade e inimizade. Nesse sentido, a atuação profissional é desqualificada enquanto “trabalho profissional” e, por isso mesmo, deixa de se sujeitar a qualquer tipo de código ético-profissional de prescrição de condutas, obscurecendo o caráter interventor do Estado e a publicização do espaço privado³⁰.

³⁰ A desqualificação do trabalho do agente aparece na sutileza da colocação do próprio agente ao dizer que ‘...sempre levamos os profissionais de saúde junto conosco’ para discutir os problemas da comunidade.

Assim, curiosidades e incongruências aparecem, muitas vezes, na tensão unidade-território de saúde, como o fato de que muitas vezes o conhecimento de questões relacionadas ao caso clínico (não exposto, por questões éticas, ao agente comunitário) vêm através do relato do próprio ACS aos profissionais de nível superior. Relato da situação de um sujeito que se transforma em caso na abordagem clínica do problema.

As questões acima mencionadas de novo recolocam o debate sobre a formação dos profissionais, que assume grande complexidade na atenção primária, e que tem sido destacada pelas instituições e profissionais voltadas para a formação de pessoal para atenção primária à saúde em nosso país. O elenco proposto de conhecimentos, habilidades e valores tem sido bastante ambicioso, e é necessário saber até que ponto os processos de qualificação têm obtido os resultados esperados. Investigações sobre os processos de formação e sobre as práticas dos profissionais são fundamentais para elucidar tais questões.

O fato das quatro equipes terem alcançado pontuação máxima na dimensão trabalho em equipe pode estar traduzindo, de fato, a presença de inovações no processo de trabalho da atenção primária em equipes de saúde da família, em relação à divisão de responsabilidades e poder. Entretanto, deve-se considerar os limites do instrumento para revelar nuances da divisão técnica e social do trabalho, que não foram incorporadas. Silva (2004), estudando a articulação de ações e integração entre os membros de uma equipe de saúde da família, em um contexto similar ao deste estudo, encontrou achados semelhantes no que se refere a comunicação interna, existência de espaços de discussão de casos e compartilhamento de decisões.

Uma nuance dessa divisão diz respeito à repartição de tarefas entre médicos e enfermeiros, implementada de forma diferente nos dois municípios. Como mencionado, no município A observou-se diferenciação de responsabilidades gerenciais e de conteúdos do trabalho, no que diz respeito às práticas preventivas e curativas. Já no município B, a divisão

de tarefas não reproduziu o modelo preventivo-curativo e a repartição de responsabilidades entre médicos e enfermeiros se mostrou mais equilibrada, sugerindo a emergência de rearranjos que apontam para mudanças mais profundas no processo de trabalho da equipe.

Pode-se postular que a forma de divisão do trabalho no município A reproduz a formação hegemônica dos profissionais que fragmenta a compreensão do objeto e as intervenções em saúde. Isto é, enquanto os cursos de medicina preparam o profissional para entender os processos fisiopatológicos que envolvem a doença, e toma como perspectiva de intervenção a abordagem individual curativa, o profissional de enfermagem tem, na sua formação, uma ênfase bem maior nas ações preventivas e gerenciais. Dessa forma, a divisão do trabalho se adapta às qualificações profissionais, sem criar situações de desconforto no trabalho.

Além disso, cabe considerar que, se existe, de fato, um maior compartilhamento do poder pelos atores, quando comparado a um modelo tradicional médico-centrado, por outro, é nítido que este compartilhamento não se dá de forma uniforme entre todos os membros da equipe de saúde, o que foi observado, também, no estudo de Silva (2004). No município A, ocorre, sobretudo, um deslocamento de poder que favorece o profissional de enfermagem na equipe, que assume funções de gerência, conduzindo a direção administrativa da unidade. Foi interessante observar que os profissionais de enfermagem, apesar de reconhecerem a sobrecarga de trabalho pelo acúmulo de funções gerenciais e sanitárias, não manifestavam insatisfação com a divisão do trabalho. Pelo contrário, o status de coordenador da unidade reflete o reconhecimento de uma competência profissional que é, em geral, diluída e pouco valorizada em outros processos organizacionais no âmbito da atenção primária.

Essa função, reconhecida e legitimada por todos os profissionais, representa, entretanto, um sobre-trabalho que não é valorizado economicamente. Pelo contrário, o padrão salarial do médico é superior ao do profissional de enfermagem. Além disso, na gestão

clínica dos casos, é o médico que detém, em última instância, o poder de decisão sobre o projeto terapêutico. Estas prerrogativas ainda fazem do médico detentor de um grande poder simbólico na equipe de saúde. E isto ocorre em um modelo de atenção primária que ainda é muito orientado para o atendimento individual, como pôde ser observado.

Ainda no que se refere à distribuição de poder na equipe, é interessante constatar a criação de espaços de escuta e democratização, instituídos a partir das reuniões de equipe. A existência desses espaços reflete uma maior valorização dos profissionais de nível médio – auxiliares e agentes comunitários - que, embora em uma condição hierárquica nitidamente subordinada, detentores de menor capital econômico e cultural, passam a ter expressão no coletivo e reconhecem-se e são reconhecidos enquanto protagonistas dos processos organizacionais no âmbito das unidades de saúde.

Finalmente, a coexistência de unidades tradicionais e de saúde da família, em ambos os municípios, revelou a existência de duas lógicas distintas de organização da atenção primária. Não se observou o efeito de contaminação global dos serviços pela lógica de atuação do Programa de Saúde da Família. Antes, a organização da atenção primária parece abrigar racionalidades distintas, com algum nível de complementaridade. No município B, há mesmo uma organização territorializada e estabelecimento de regras de encaminhamento. No município A, estabelece-se uma lógica desordenada de retaguarda ao baixo grau de implantação das ações, no âmbito do Programa (consulta médica, em especial) e a semelhança percebida pelos entrevistados em relação aos dois modelos parece estar mais relacionada ao fato de que o modo de atuação das equipes de saúde da família ainda se encontra distante do que seria esperado pelos atores, do que ao fato de que o PSF tenha produzido um efeito de contaminação das suas estratégias de intervenção para as demais unidades de atenção primária. Estudo realizado em Petrópolis identificou, também, que usuários de áreas cobertas

pelo PSF buscavam, de tempos em tempos, atendimento em unidades tradicionais de saúde (Macinko, 2004).

Diante dos achados, é importante debater as possibilidades do PSF estar, de fato, sendo implantado enquanto modelo substitutivo de organização da atenção primária, ou até que ponto promove novos arranjos institucionais, a partir de sua inserção em uma dada lógica de organização. Em todo o caso, é importante averiguar, através de outros estudos, se a coexistência das duas modalidades apresenta uma tendência a ganhar estabilidade, especialmente em grandes centros urbanos, e em que medida tal coexistência aproxima ou distancia o processo real de implantação das intervenções no âmbito da atenção primária na imagem-objetivo da reforma sanitária brasileira.

5. Comentários Finais

Este estudo pretendeu mensurar a implantação da atenção primária na perspectiva da construção de redes através de um conjunto de critérios, levantando como hipótese alguns fatores contextuais que poderiam estar relacionados a um maior ou menor desempenho de equipes e municípios em relação à imagem-objetivo desenhada.

A abordagem teórica e metodológica adotada certamente apresenta inúmeros limites. Entretanto, a iniciativa de realização deste trabalho deparou-se com a dificuldade de encontrar instrumentos previamente validados, adequados aos seus propósitos.

Como síntese da avaliação realizada, é importante pontuar que, mesmo em situações exemplares de sucesso de implantação do PSF, estratégia de reorganização da atenção primária no país, os resultados mostraram-se aquém dos desejados, considerando-se, inclusive, o tempo de implantação do Programa, o que coloca em evidência a necessidade de investigação de fatores contextuais que possam explicar as razões desse distanciamento. O

estudo sugere que tais fatores não produzem efeitos de modo uniforme em relação a diferentes dimensões e sub-dimensões da atenção primária.

Em se tratando dos critérios específicos que buscaram mensurar as relações entre os atores, componente fundamental da organização das redes, pode-se concluir que, quando se trata da relação dos agentes no âmbito estrito de equipes de saúde, novos pactos começam a ser estabelecidos, revelando formas instituintes de organização do processo de trabalho que não necessariamente apresentam o mesmo significado em contextos distintos e que, portanto, podem, ou não, traduzir mudanças em maior profundidade na lógica de organização do trabalho. Para tanto, parece ser necessário fortalecer outros tipos de aliança, ainda frágeis, entre profissionais e população, individualmente e coletivamente.

O vínculo com os usuários ainda esbarra em uma real assunção de responsabilidade pela equipe do cuidado em saúde. Por outro lado, ainda que a equipe seja permeável a uma interação com a população, esta não ocorre no sentido da democratização da saúde na sua perspectiva mais radical, isto é, no enfrentamento do núcleo duro do processo de trabalho que remete ao desenvolvimento das práticas propriamente ditas. Como afirma Schraiber (1995), a construção de um projeto-ético político para a saúde implica colocar no centro da discussão os atos técnicos como, simultaneamente, momento social último de realização do conhecimento científico e de suas tecnologias, e momento social último da política e do planejamento.

No mais das vezes, a população ainda está alijada da discussão de seus problemas, necessidades e prioridades. A oportunidade de repensar as práticas se faria caso os espaços coletivos de discussão se constituíssem em momentos de reflexão sobre as práticas de saúde e o modo de executá-las, favorecendo um processo de aprendizagem coletivo da equipe e da população que permitisse o afloramento do “novo”. Entretanto, sem um protagonismo mais efetivo da população, a equipe tenderá a reproduzir suas práticas e a manter-se no equilíbrio

inerte, uma vez que não perceba os problemas como “seus problemas”, mas como “problemas do “outro”.

6. Referências Bibliográficas

1. ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EM SANTÉ (1999). *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Paris, ANAES.
2. ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EM SANTÉ (2001). *Evaluation des réseaux de soins: bilan de l'existant & cadre methodologique. Mission evaluation reseaux de soins*. Paris, ANAES
3. AQUINO, R. (2003). Texto de apoio 3: Conhecendo o território. In: BAHIA. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. *Manual para Treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador [Série Cadernos Técnicos, nº 2] p42-51.
4. BAHIA. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. (2003). *Manual para Treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador [Série Cadernos Técnicos, nº 2]
5. BENSON, J.K. (1975) The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quaterly*, 20(2):229-249.
6. BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil, 245p.
7. BOURDIEU, P. (1998). *O poder simbólico*. Lisboa / Rio de Janeiro, DIFEL / BETRAN BRASIL 311p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (1998). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. 2ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 36p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (2000). *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília. Ministério da Saúde, 65p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2004). *Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002*. [Série C. Projetos, programas e relatórios] 139p.
11. CAMPBELL, R.J.; RAMIREZ, A.M.; PEREZ, K.; ROETZHEIMN, R.G. (2003). Cervical cancer rates and the supply of primary care phisicians inFlorida. *Family Medicine*, 35:60-64.

12. CAPISTRANO-FILHO, D.(1999). O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estudos Avançados*, 13 (35): 89-100.
13. CARVALHO, A.G. (1999). Programa Saúde da Família resgata compromisso social do início de Brasília. *Rev. de Saúde do Distrito Federal*, vol 10, nº 1,2,3,4: 19-31.
14. CECÍLIO, L.C.O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, 13(3): 469-478. Rio de Janeiro.
15. CECÍLIO, L.C.O. (1997). Inventando a mudança no hospital: o projeto “em defesa da vida” na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, L.C.O.(org) Inventando a mudança na saúde. Cap. 5, 2ª ed. São Paulo, Hucitec. p. 187-234 [Col Saúde em Debate, 73]
16. CONILL, E.M. (2002). Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, 18 supl. Rio de Janeiro.
17. CONTANDRIOPOULOS, A. P. C., F;POTVIN, L;DENIS, J L AND BOYLE, P (1994). *Saber Preparar uma Pesquisa*. 43-55;79-86.
18. CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; DE POUVORVILLE, G., POUILLIER , J.-P.; CONTANDRIOPOULOS, D. (2000). À la recherche d’une troisième voie: les systèmes de santé au XXIe siècle. In: POMEY, M.-P., POUILLIER, J.-P., LEJEUNE, B. *Santé Publique – État des lieux, enjeux et perspectives*,Éditions Ellipses, Paris, p. 637-667.
19. CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; DENIS, J.-L.; TOUATI, N.; RODRIGUEZ, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures*, 8 (2): 38-52.
20. CONTANDRIOPOULOS, A.-P.(2003) Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*, 5(1):42-57.
21. COSTA, C.H.L. Histórico sobre a implantação do PACS e PSF no Estado do Pará. *R.Bras. Enferm*, 53 (número especial): 131-133.
22. DENIS JL & CHAMPAGNE, F. (2000). Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p 49-88.
23. GOULART (2003). *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?* Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, [Tese de doutorado] (387p.)
24. GULLIFORD, M.C.; JACK, R.H.; ADAMS, G.; UKOUMUNNE, O.C. (2004) Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC, Health Services Research*, 4:12.
25. HARTZ, Z. M.A. & CONTANDRIOPOULOS, A-P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, 20, supl.2:331-336.
26. INSTITUTE OF MEDICINE, (1997) *A manpower policy or primary health care: report of a study*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1978 9IOM Pub No. 78-02).

27. LAMARCHE, P.A. ; BEAULIEU, M-D. ; PINEAULT, R ; CONTANDRIOPOULOS, A-P. ; DENIS, J-L ; HAGGERT, J. *Synthèse des politiques sur les services de santé de première ligne. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal. Mars, 2003 [sous presse]*
28. LEATT, P.; PINK,G. ; GUERRIERE, M. (2000) Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Health Papers, 1*: 13-55.
29. MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L.(2003) The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *HSR: Health Services Research, 38 (3)*: 831-865).
30. MACINKO, J; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. (2003). Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate, , 27(65)*: 243-256.
31. MACINKO, J; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E.S; SÁ, P.K. (2004). Organization and delivery of primary care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of health planning and management: 19*: 303-317.
32. MARTINI, J.G. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. (2000) *R.Bras. Enferm, 53* (número especial): 71-76.
33. MATTOS, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHERO, R. & MATTOS, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade*. IMS/UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, p. 39-64
34. MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília, IPEA, 1996.
35. MEDINA, M.G. & AQUINO, R. (2002). Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M.F. (org) *Os sinais vermelhos do PSF.*, São Paulo, Hucitec, [Col. Saúde em Debate, 48] p.135-151.
36. MENDES, E.V. (1996). *Uma agenda para a Saúde*, HUCITEC, São Paulo, 300 p.
37. MENDES E.V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Coleção Saúde Coletiva. Tomo II. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001 (135 p.)
38. MENDES, E.V. (2002). *A atenção básica à saúde na Bahia*. (snt/mimeo)
39. MENDES, E.V. Redes de atenção à saúde. Belo horizonte, 2005. (mimeo, snt)
40. MENDES-GONÇALVES, R.B. (1988). *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. São Paulo, 64p;
41. MENDES-GONÇALVES, R.B. (1992). *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. – São Paulo: CEFOR, 53p. [Cadernos CEFOR – Textos, 1];
42. MERHY, E.E. (1997) Em busca de um tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: Merhy e Onocko, R. *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, p.71-112.

43. MINTZBERG, H. (2004). *Le management: Voyage au centre des organisations*. Éditions d'Organisation, 12e. édition, 703p
44. MORAES, M.V.; ABOIM, E.J.H.G.; PEDROSA, A.A.G. (1998) Atuação do PACS e PSF em Teresina: alguns resultados. *RASSPP – Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí*, 1(2): 217-218.
45. OLIVEIRA-FILHO, S.M. (1999). Saúde da Família: uma realidade. *RASSPP – Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí*, 2(1): 98-102.
46. PAIM, J.S. (1980) As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. *Planejamento*, 8(1/2):39-46.
47. PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária. In: ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. (orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999. p. 489-503.
48. PAIM, J. S. (2002). Saúde da família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM. *Saúde: Política e reforma sanitária*. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva (p361-365).
49. PAIM, J. & TEIXEIRA, C.F.T. (1992). Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*, 5: 27-57.
50. REGAN, J.; SCHEMPF, A.H. ; YOON, J.; POLITZER, R. (2003). The role of federally funded health centers in serving the rural population. *Journal of Rural Health*, 19: 117-24.
51. REPUBLICA DE ANGOLA (2003). Ministério da Saúde. Painel “Perspectivas globais: Avanços e desafios da atenção primária e as metas do milênio”. *Seminário Internacional sobre cuidados básicos de saúde*. Brasília. (snt/mimeo).
52. RODRIGUÈZ, C. (2003) Scénarios d'intégration: le cas de CLSC urbains, une mission impossible? *Ruptures* : 9(2): 92-109.
53. ROVERE, M. (2000). *Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Rosario, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario (174p)
54. SANTANA, M.L. e CARMAGNANI, M.I.(2001) Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, 10(1): 33-52.
55. SCHRAIBER, L.B. (1995). Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47:28-35.
56. SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. (1996). Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber, Nemes e Mendes-Gonçalves, *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica*. São Paulo, Hucitec, p. 29-47.

57. SECLÉN, J. (2003). *Monitoreo del nivel de implementación y funcionamiento de los equipos de salud de la familia en los estados de cooperación técnica descentralizada de Brasil*. Ministério da Saúde/OPAS (mimeo).
58. SILVA, I.Z.Q.J. (2004). Equipe de saúde da família: problematizando a articulação técnica e a integração entre os profissionais. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia. [Dissertação de Mestrado]
59. SHI, L.; MACINKO, J.; STARFIELD, B.; WULU, J.; REGAN, J.; POLITZER, R. (2003) The relationship between primary care, income inequality and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16: 412-422.
60. SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B.; MORGAN, K.L. (1993) Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital & Health Services Administration*, 38 (4): 447-466.
61. SOUZA, C.M. e GIANLUPP, M.V.P. (2000) Implantação do Programa de Saúde da Família no Estado de Roraima. *R.Bras. Enferm*, 53 (número especial): 135-137.
62. STARFIELD, B. (1991) Primary care and health: a cross-national comparison. *Journal of American Medical Association*, 266: 2268-71.
63. STARFIELD, B. (1994) Is primary care essential? *Lancet*, 344:1129-33.
64. STARFIELD, B. (2004). *Atenção primária; equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília, UNESCO / Ministério da Saúde. 726 p.
65. STARFIELD, B. & OLIVER, T. (1999) Primary care in The United States and its precarious future. *Health and Social Care in the Community*, 7(5): 315-323.
66. STARFIELD, B. & SHI, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60: 201-18.
67. STARFIELD, B.; SHI, L; MACINKO, J. (2005) *Contribution of primary care to health systems and health*. The Milbank Quarterly, 83(3): 457-502. Milbank Memorial Fund. published by Blackwell Publishing.
68. TEIXEIRA, C; PAIM e VILLASBÔAS, AL. J. (1998). SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(2):7-28.
69. TEIXEIRA, C.S.; MONTEIRO, V.O.; MIRANDA, V.A. (1999). Programa Médico de Família no Município de Niterói. *Estudos Avançados* 13(35): 147-155.
70. TESTA, M.(1992) *Pensar em Saúde*. Artes Médicas / Abrasco, Porto Alegre, 226p.
71. TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas (1997). In: Merhy & Onocko, R. *Agir em saúde: Um desafio para o público*. Hucitec: São Paulo – Lugar Editorial: Buenos Aires, p.17-70.
72. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (1999). Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *Avaliação qualitativa de programas sociais prioritários. Síntese dos principais resultados da pesquisa de campo*. Campinas (mimeo) 232 p.

73. VASCONCELOS, E.M. (1999). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo, HUCITEC/Ministério da Saúde. (Col. Saúde em Debate) 332 p.
74. VIANA, A.L.D. & DALPOZ, M.R. (1998). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2): 11-48.
75. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.V. ; HARTZ, Z.; PAIM, J.; CHAVES, S.C.L.; PACHECO, F.; SILVA, G.P.A.; LOPES, R.M. (2002). *Análise de implantação da gestão descentralizada da atenção à saúde na Bahia*. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva centro colaborador do Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde [Relatório final de pesquisa]
76. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A.; CHAVES, S.C.L.; SILVA, G.A.P.; PAIM, J.S.P. (2005) *Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparativo de cinco casos na Bahia-Brasil*. [submetido a publicação]
77. YIN, R.K. (1993). Case study designs for evaluating high-risk youth programs: the program dictates the design. In: YIN (org.) *Applications of case study research*. Newbury Park, Sage Publications, pp 77-93.

QUADROS

Quadro 1 – Dimensões, critérios e graduação utilizados na análise da modalidade de organização da atenção primária

| Dimensão: “Abordagem populacional comunitária” | |
|--|---|
| Sub-dimensão: Territorialização | |
| Critérios | Graduação |
| Definição da população-alvo | 0 – não existe. 2 – existe, mas não respeita os critérios de adjacência e tamanho da população ³¹ . 4 – existe e respeita os critérios de adjacência e tamanho da população ³² . |
| Cadastramento das famílias | 0 – não existe. 2 – incompleto ou desatualizado. 4 – existe e está atualizado. |
| Realização de mapeamento da área | 0 – não existe. 2 – incompleto ou desatualizado. 4 – existe e está atualizado. |
| Lógica do mapeamento | 0 – não existe mapeamento. 2 – existe, mas é desordenado (áreas não contíguas, grandes distorções). 4 – existe, é ordenado, mas não considera micro-áreas e risco. 8 - existe, é ordenado, e considera micro-áreas de risco. |
| Sub-dimensão: Organização das ações de saúde | |
| Critérios | Graduação |
| Realização e atualização da análise da situação de saúde | 0 – nunca foi realizada. 2 – foi realizada há mais de um ano e não foi atualizada. 4 – a equipe analisa sistematicamente a situação de saúde de sua área. |
| Lógica da análise da situação de saúde | 0 – nunca foi realizada. 1 – contou apenas com a participação restrita de alguns profissionais. 2 – contou com a participação da maioria dos profissionais da equipe. 4 – contou com a participação da maioria dos profissionais da equipe e representantes da população. |
| Enfoque por problemas | 0 – não existe. 2 – a equipe organiza suas ações com base em problemas identificados na análise de situação de saúde de sua área. 4 – a equipe organiza suas ações com base em problemas identificados na análise da situação de saúde de sua área, desenvolvendo iniciativas para buscar soluções quando estas extrapolam seu âmbito de intervenção. |
| Utilização do enfoque de risco | 0 – não. 2 – a equipe identifica grupos de maior vulnerabilidade e propõe intervenções específicas de acordo com orientações programáticas (PSF, programas nacionais). 4 – a equipe identifica grupos de maior vulnerabilidade e propõe intervenções específicas a partir da análise da situação de saúde local. |
| Articulação da abordagem individual com a coletiva | 0 – não. 2 – às vezes, em algumas atividades ou circunstâncias. 4 – sempre ou quase sempre (através da implementação de propostas, ações e utilização de instrumentos - ex: prontuário-família - que articulem individual e coletivo) |
| Estabelecimento de parcerias com outras | 0 – não existe. 2 – existe, mas é frágil ou esporádica. (A equipe é capaz de mapear as |

³¹ BRASIL, 1998.

³² BRASIL, 1998.

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

| | |
|---|---|
| Participação da população no planejamento e gerenciamento local da unidade de saúde | 0 – não. 2 – limitada – representantes ou população são convocados esporadicamente para atividades específicas. 4 – a população é convocada frequentemente, mas não há representação formal junto à unidade, ou ela existe mas não funciona. 8 – existência de Conselho Local atuante. |
| Dimensão: “Trabalho em equipe” | |
| Crítérios | Graduação |
| Circulação da informação satisfatória para profissionais da equipe mínima | 0 – não. 2 – parcialmente (há circulação da informação, mas evidenciam-se problemas) 4 – sim. |
| Existência de espaços de discussão de casos e atividades | 0 – não. 2 – esporadicamente. 4 – regularmente. |
| Existência de espaços compartilhados de decisão | 0 – não. 2 – sim, com inclusão de alguns profissionais da equipe mínima. 4 – sim, com inclusão de todos os profissionais da equipe mínima. |
| Repartição satisfatória das responsabilidades entre os profissionais da equipe | 0 – não. 2 – parcialmente (para alguns profissionais). 4 – sim. |
| Equilíbrio nas relações de poder entre os atores | 0 – concentração de poder nas mãos do médico. 4 – repartição de poder com desequilíbrio em favor do médico. 8 – poder compartilhado pela equipe. |

Quadro 2 – Características sócio-demográficas, políticas, epidemiológicas e de organização do sistema de saúde nos municípios-caso

| Indicadores (valores aproximados) | Município A | Município B |
|--|--|--|
| Sócio-demográficos (2000) | | |
| População | 150.000 | 300.000 |
| Densidade populacional (hab/km ²) | 180 | 80 |
| Taxa de Urbanização (%) | 85 | 85 |
| População menor de 29 anos (%) | 60 | 60 |
| IDH | 0,8 | 0,8 |
| % de pessoas vivendo com a renda per capita menor que R\$75,50 | 44 | 42 |
| % da pop > 25 anos analfabeta | 17 | 24 |
| % da pop > 25 anos analfabeta funcional | 35 | 44 |
| % de domicílios sem abastecimento de água da rede geral | 15 | 21 |
| % de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto | 68 | 65 |
| % de domicílios sem coleta pública de lixo | 25 | 17 |
| Políticos (2000 e 2004) | | |
| Continuidade administrativa da prefeitura | SIM | SIM |
| Alianças político-partidárias estáveis | NÃO | SIM |
| Identidade ideológica das alianças | NÃO | SIM |
| % de vereadores de partidos coligados para eleição da atual gestão municipal | 27,3 | 50,0 |
| Epidemiológicos | | |
| Principais causas de morbidade hospitalar (jan a out de 2005) | 1º - Ap. digestivo 2º - C. externas 3º - Ap. circulatório | 1º - Ap. respiratório 2º - Causas externas 3º - Ap. digestivo |
| Mortalidade proporcional em 2003 (%) | D. Cardíacas (25) C. mal definidas (18) D. endóc e met (10) Neoplasias (10) | C. mal definidas (28) D. cardíacas (21) C. externas (13) Neoplasias (9) |
| Taxa de mortalidade infantil (2003) | 27 / 1000NV | 21 / 1000NV |
| Organização do sistema de saúde | | |
| Continuidade administrativa da SMS | 4 gestores em 5 anos | 2 gestores em 5 anos |
| Habilitação na GPSM | SIM | SIM |
| Gasto com saúde per capita (2003) (R\$) | 100 | 165 |
| % de gastos do tesouro municipal com saúde (2004) (em milhares de reais) | 17 | 16 |
| % das despesas com saúde na atenção básica (2004) | 60 | 33 |
| Cobertura PSF | 49 | 63 |

Fontes: IBGE, PNUD, DATASUS, TSE e entrevistas.

Quadro 3 – Alguns indicadores de cobertura da atenção primária à saúde nos dois municípios-caso, Bahia, 2000 a 2004

| Indicador | Município | Ano | | | | |
|---|-----------|------|------|------|------|------|
| | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Cobertura populacional do PSF | A | 4,9 | 26,2 | 42,5 | 47,1 | 48,8 |
| | B | 42,8 | 53,4 | 52,8 | 58,5 | 63,4 |
| Consultas médicas básicas / habitante | A | 0,32 | 0,50 | 0,75 | 0,85 | 0,70 |
| | B | 0,69 | 0,87 | 0,92 | 0,82 | 0,88 |
| Proporção de NV de gestantes com 4 ou mais consultas de pré-natal | A | 0,66 | 0,63 | 0,70 | 0,77 | --- |
| | B | 0,74 | 0,81 | 0,75 | 0,75 | --- |

Fonte: SIA-SUS, SIAB, SINASC e site do Pacto da Atenção Básica [DATASUS capturado em 26 de janeiro de 2006]

Quadro 4 – Avaliação da implantação da atenção primária nas equipes selecionadas

| Critérios | Município A | | Município B | | Pontuação Máxima |
|---|-------------|-----------|-------------|-----------|------------------|
| | Equipe R | Equipe U | Equipe R | Equipe U | |
| D. Abordagem populacional comunitária | 40 | 44 | 52 | 62 | 76 |
| Sd Territorialização | 16 | 14 | 14 | 16 | 20 |
| Definição da população-alvo | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Cadastramento das famílias | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Realização de mapeamento da área | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Lógica do mapeamento | 4 | 4 | 4 | 4 | 8 |
| Sd Organização das ações de saúde | 8 | 14 | 20 | 24 | 28 |
| Realização e atualização da análise da situação de saúde | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Lógica da análise da situação de saúde | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Enfoque por problemas | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| Utilização do enfoque de risco | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Articulação da abordagem individual com a coletiva | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| Estabelecimento de parcerias com outras instituições na área de atuação | 4 | 4 | 4 | 8 | 8 |
| Sd Estabelecimento de vínculo equipe-população | 16 | 16 | 18 | 22 | 28 |
| Conhecimento da população e território | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Compreensão do contexto familiar | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Compreensão do contexto comunitário | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Operacionalização do princípio de responsabilidade | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| Participação da população no planejamento e gerenciamento local da unidade de saúde | 2 | 2 | 4 | 8 | 8 |
| D. Trabalho em equipe | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Circulação da informação satisfatória para profissionais da equipe mínima | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Existência de espaços de discussão de casos e atividades | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Existência de espaços compartilhados de decisão | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Repartição satisfatória das responsabilidades entre os profissionais da equipe | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Equilíbrio nas relações de poder entre os atores | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Pontuação global | 64 | 68 | 76 | 86 | 100 |

Quadro 5 – Avaliação da implantação da atenção primária nos municípios-caso

| CrITÉRIOS | Município A | Município B | Pontuação Máxima |
|---|--------------------|--------------------|-------------------------|
| Dimensão: “Abordagem populacional comunitária” | 42 | 57 | 76 |
| Sub-dimensão: Territorialização | 15 | 15 | 20 |
| Definição da população-alvo | 3 | 3 | 4 |
| Cadastramento das famílias | 4 | 4 | 4 |
| Realização de mapeamento da área | 4 | 4 | 4 |
| Lógica do mapeamento | 4 | 4 | 8 |
| Sub-dimensão: Organização das ações de saúde | 11 | 22 | 28 |
| Realização e atualização da análise da situação de saúde | 1 | 4 | 4 |
| Lógica da análise da situação de saúde | 2 | 4 | 4 |
| Enfoque por problemas | 0 | 2 | 4 |
| Utilização do enfoque de risco | 2 | 4 | 4 |
| Articulação da abordagem individual com a coletiva | 2 | 2 | 4 |
| Estabelecimento de parcerias com outras instituições na área de atuação | 4 | 6 | 8 |
| Sub-dimensão: Estabelecimento de vínculo equipe-população | 16 | 20 | 28 |
| Conhecimento da população e território | 4 | 4 | 4 |
| Compreensão do contexto familiar | 4 | 4 | 4 |
| Compreensão do contexto comunitário | 4 | 4 | 4 |
| Operacionalização do princípio de responsabilidade | 2 | 2 | 8 |
| Participação da população no planejamento e gerenciamento local da unidade de saúde | 2 | 6 | 8 |
| Dimensão: “Trabalho em equipe” | 24 | 24 | 24 |
| Circulação da informação satisfatória para profissionais da equipe mínima | 4 | 4 | 4 |
| Existência de espaços de discussão de casos e atividades | 4 | 4 | 4 |
| Existência de espaços compartilhados de decisão | 4 | 4 | 4 |
| Repartição satisfatória das responsabilidades entre os profissionais da equipe | 4 | 4 | 4 |
| Equilíbrio nas relações de poder entre os atores | 8 | 8 | 8 |
| Pontuação global | 66 | 81 | 100 |

ANEXOS

Anexo 1 - Relação das entrevistas realizadas

Município A

| Âmbito | Cargo | Código |
|------------------------------------|--|---------------|
| Conselho Municipal de Saúde | Presidente do Conselho Municipal de Saúde | EA1 |
| | Representante das Instituições Filantrópicas | EA 2 |
| | Representante do Setor Privado da Saúde | EA 3 |
| | Representante das Associações de Moradores de Bairros | EA 4 |
| | Representante do Conselho Regional de Medicina | EA 5 |
| | Representante da Associação dos Diabéticos | EA 6 |
| Gestão | Secretário Municipal de Saúde | EA 7 |
| | Coordenador do Setor de Vigilância e Assistência à Saúde | EA 8 |
| | Gerente do SIS | EA 9 |
| | Médica Reguladora | EA 10 |
| | Médico Regulador | EA 11 |
| | Supervisor do Setor de Vigilância e Assistência à Saúde | EA 12 |
| USF Zona Rural | Médico | EA 13 |
| | Enfermeira | EA 14 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 15 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 16 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 17 |
| | Usuário 1 | EA 18 |
| | Usuário 2 | EA 19 |
| | Usuário 3 | EA 20 |
| USF Zona Urbana | Médica | EA 21 |
| | Enfermeira | EA 22 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 23 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 24 |
| | Usuário 1 | EA 25 |
| | Usuário 2 | EA 26 |
| | Usuário 3 | EA 27 |

Município B

| Âmbito | Cargo | Código |
|--|---|---------------|
| Conselho Municipal de Saúde | Representante das Associações de Moradores de Bairros | EC1 |
| | Representante do Conselho Regional de Medicina | EC 2 |
| | Representante dos Trabalhadores Urbanos | EC 3 |
| | Representante da Câmara de Vereadores | EC 4 |
| | Representante da Associação dos Diabéticos | EC 5 |
| | Representante da Secretaria Municipal de Saúde | EC 6 |
| | Representante do Setor Privado da Saúde | EC 7 |
| | Representante das Associações de Moradores de Bairros | EC 8 |
| Gestão | Secretário Municipal de Saúde | EG 9 |
| | Sub-secretário | EG 10 |
| | Coordenador de Auditoria | EG 11 |
| | Coordenador da Central de Processamento de Dados | EG 12 |
| | Coordenador Geral da Atenção Básica | EG 13 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 14 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 15 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 16 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 17 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 18 |
| | Coordenador do SAMU | EG 19 |
| | Coordenador da Central de Marcação | EG 20 |
| | Coordenador do Centro de Atenção Especializada | EG 21 |
| | Coordenador do Acolhimento da Alta Complexidade | EG 22 |
| Unidade de Referência em Pé-Diabético | Gerente | EU 23 |
| USF Zona Urbana | Médico | EU 24 |
| | Enfermeira | EU 25 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 26 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 27 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 28 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 29 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 30 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 31 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 32 |
| | Usuário 1 | EU 33 |
| | Usuário 2 | EU 34 |
| | Usuário 3 | EU35 |
| | Usuário 4 | EU 36 |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------|
| | Usuário 5 | EU 37 |
| | Usuário 6 | EU 38 |
| USF Zona Rural | Médica | EU 39 |
| | Enfermeira | EU 40 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 41 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 42 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 43 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 44 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 45 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 46 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 47 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 48 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 49 |
| | Usuário 1 | EU 50 |
| | Usuário 2 | EU 51 |
| | Usuário 3 | EU 52 |
| | Usuário 4 | EU 53 |
| | Usuário 5 | EU 54 |

Artigo 2

**Avaliando a implementação de redes de atenção em sistemas
municipais orientados pela atenção primária em saúde:
um estudo comparado de casos**

“Em Raíssa, cidade triste, também corre um fio invisível que, por um instante, liga um ser vivo ao outro e se desfaz, depois volta a se estender entre pontos em movimento desenhando rapidamente novas figuras de modo que a cada segundo a cidade infeliz contém uma cidade feliz que nem mesmo sabe que existe”

Ítalo Calvino

Avaliando a implementação de redes de atenção em sistemas municipais orientados pela atenção primária em saúde: um estudo comparado de casos

Resumo

A reforma dos sistemas de saúde no Brasil, como em diversos países no mundo, após ter avançado no processo de descentralização das estruturas de gestão e financiamento, tem colocado em relevo a necessidade da construção de redes de atenção à saúde capazes de articular a oferta de serviços, na perspectiva da integralidade da atenção.

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a implantação de redes de atenção à saúde em dois municípios do Estado da Bahia, que se encontravam habilitados em gestão plena (NOB/96) e que implantaram o Programa de Saúde da Família (PSF) como eixo estruturante da organização dos sistemas municipais de saúde. Foi elaborada uma imagem-objetivo da rede de atenção, baseada no conceito central de “integração de cuidados” (Contandriopoulos, 2001; Leatt et. al, 2000; Mendes, 2005). Para avaliar o grau de implantação, foram adotadas estratégias de investigação complementares, incluindo o desenho da rede, a análise de trajetórias e identificação dos mecanismos de integração. Os resultados dos estudos de caso mostraram distanciamento entre a realidade dos sistemas de saúde investigados e o modelo teórico-lógico construído, não se constituindo a atenção primária em centro de comunicação da rede, mesmo em situações de maior acessibilidade a todos os níveis de atenção. O artigo conclui que a utilização combinada de diferentes abordagens demonstrou vantagens na avaliação e têm aplicabilidade na realidade brasileira, sugerindo-se alguns ajustes metodológicos e convidando-se o leitor a uma reflexão crítica sobre seus limites e possibilidades de contribuir com o processo de institucionalização da avaliação, em curso no país.

Palavras-chave: integração de serviços de saúde; redes de saúde; análise de implantação; avaliação de programas.

A pesquisa contou com o apoio da CAPES (bolsa de estudos no exterior) e do Groupe Interdisciplinaire de Recherche en Santé (GRIS), vinculado ao Departamento de Administração da Faculdade de Medicina da Universidade de Montréal.

O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 04 de junho de 2004.

Evaluating the implementation of health care networks in municipal systems oriented by primary care: a compared case study

Abstract

The reform of health systems in Brazil, as in many countries around the world, after having moved forward in the decentralization process of management and financing structures, have been putting in relief the need to construct health care networks, capable of articulating the services offers in the perspective of comprehensiveness.

This research aims to evaluate the implementation of health care networks in two municipal districts of Bahia's state, both qualified in full management (NOB/96) and having implanted the Family Health Program (PSF) as a structural axle to the organization of municipal health systems. A goal-image of the health care network was elaborated, based on the central concept of "integrated care" (Contandriopoulos, 2001; Leatt et. Al, 2000; Mendes, 2005). To evaluate the level of implementation, complementary investigation strategies were adopted, including the network design, trajectories analysis and identification of integration devices. The results from the case studies pointed out a distance between the reality of the investigated health systems and the constructed logic model, so the primary care level didn't prove to be a communication center of the network, even in situations of better access in all attention levels. The article concludes that the combined utilization of different approaches demonstrated advantages at the evaluation and has applicability in the Brazilian reality, suggesting some methodological adaptations and inviting the reader to make a critical reflection about their limits and possibilities to contribute with the evaluation institutionalization process, now taking place in our country.

Keywords: integrated care; health care networks; implementation analysis; health program evaluation.

Sumário

| | |
|---|------------|
| 1. Introdução | 89 |
| 2. Metodologia | 92 |
| 2.1. Seleção dos casos | 92 |
| 2.2. Modelo teórico-lógico | 93 |
| 2.3. Estratégia de investigação | 96 |
| 2.4. Fontes de dados e operacionalização do trabalho de campo | 99 |
| 2.5. Processamento e análise dos dados | 101 |
| 3. Resultados | 102 |
| 3.1. Caracterização dos municípios-caso | 102 |
| 3.2. Desenho das redes municipais de atenção à saúde | 103 |
| 3.3. Estudo das trajetórias | 104 |
| 3.4. Mecanismos de integração das redes de atenção à saúde | 113 |
| 4. Discussão | 123 |
| 5. Comentários finais | 132 |
| 6. Referências Bibliográficas | 134 |
| QUADROS | 138 |
| ANEXOS | 151 |

1. Introdução

A reforma dos sistemas de saúde no Brasil, como em diversos países no mundo, após ter avançado no processo de descentralização das estruturas de gestão e financiamento, tem colocado em relevo a necessidade da construção de redes de atenção à saúde capazes de articular a oferta de serviços, na perspectiva da integralidade da atenção.

A concepção de uma rede ultrapassa o desenho de um sistema com seus serviços e os fluxos que se estabelecem entre eles, ordenada ou desordenadamente, ainda que tais elementos estejam presentes. As redes ou os sistemas de saúde integrados são permanentemente constituídos e cada serviço, ou cada unidade, pode ser considerada uma organização complexa, ela mesma podendo ou não funcionar como rede (Rovere, 2000; Anaes, 1999 e 2001).

A noção de rede se coaduna com a idéia de um “sistema sem muros”, que elimina as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, sendo indispensável uma dupla leitura desse objeto: enquanto estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e enquanto uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (Hartz & Contandriopoulos, 2004). A rede é transversal às instituições e aos dispositivos existentes e se compõe de atores: profissionais do campo sanitário e social, da cidade e dos estabelecimentos de saúde, associações de usuários ou de bairros, instituições locais ou descentralizadas (Anaes, 1999 e 2001).

No plano da organização do trabalho e dos serviços de saúde, a construção de redes repousa na capacidade de integração de serviços e instituições e no estabelecimento de relações interpessoais e inter-organizacionais, através de mecanismos de cooperação e coordenação próprios, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações (Contandriopoulos et al, 2001).

A incerteza é um elemento permanente no processo de integração, pois se há clareza de que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos e competências, e que nenhum deles detém a totalidade dos atributos para a resolução dos problemas de saúde, por outro lado, não há garantias de que todos tenham os mesmos interesses para se engajar num projeto de construção de redes. Assim, a real existência da rede se coloca como questão elementar para a avaliação, antes de qualquer questionamento sobre sua eficiência ou efetividade (Hartz & Contandriopoulos, 2004).

Hartz e Contandriopoulos (2004) chamam a atenção de que estudos de revisão (Anaes, 1999; Leatt et al., 2000) mostraram uma profícua produção na análise da constituição de redes em relação a agravos específicos e baixa ou pequena contribuição da literatura voltada para análises globais, além da pouca ênfase na atenção ambulatorial ou domiciliar e no *continuum* de cuidados prestados ao usuário, sugerindo a adoção dos critérios de Leatt et al. (2000) para análise da integração dos serviços.

Estudos sobre atenção primária (Leatt et al., 2000; Rogers e Sheaff, 2000; Rico, 2002; Starfield, 2004; Starfield et al., 2005), por sua vez, indicam que, se as redes organizacionais têm um papel preponderante para assegurar a integralidade e integridade das intervenções, sua configuração na perspectiva da atenção primária à saúde parece ser um elemento definidor de suas características e possibilidades.

Um sistema de saúde organizado com base na atenção primária apresenta, teoricamente, melhores possibilidades de desempenho da rede de serviços de saúde, considerando-se que a atenção primária, em tese, é a primeira forma de contato do usuário com o sistema, devendo fornecer atenção sobre a pessoa, no decorrer do tempo, não direcionada para a enfermidade, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (Starfield, 2004).

No Brasil, a temática da construção de redes se encontra subjacente aos estudos sobre integralidade da atenção. Muitos deles recortam problemas e intervenções específicas, como atenção à saúde bucal e saúde do idoso (Silvestre e Costa-Neto, 2003; Shinkai, 2000), outros buscam discutir a integralidade da atenção relacionando-a com a implantação de políticas de reorganização da atenção à saúde (Campos, 2003) ou da relação entre atores (Tanaka, 1998; Pinheiro, 2001) e um grande conjunto de trabalhos tem se preocupado, especialmente, com os desafios teóricos e metodológicos relacionados à integralidade da atenção (Giovanella et al., 2002; Mattos, 2001; Cecílio, 2001).

A crescente produção técnica e científica, entretanto, está longe de oferecer respostas definitivas às atuais lacunas de conhecimento, no Brasil e no mundo, com relação a problemas teóricos e práticos relacionados à implementação de redes assistenciais de saúde. No plano teórico-metodológico, há um imenso debate sobre os diversos sentidos da integralidade (Mattos, 2001; Cecílio, 2001), as dimensões da integração do cuidado (Shortell et al, 1993; Contandriopoulos et al., 2001) e o conceito de ‘redes de saúde’ ou de ‘sistemas de saúde integrados em rede’ (Rovere, 2000; Mendes, 2001). No que diz respeito à avaliação de políticas, os estudos têm demonstrado a insuficiência de ferramentas e a existência de limites importantes no alcance de graus satisfatórios de integração na perspectiva de construção de redes (Rodríguez, 2003; Touati, 2001) ou do alcance do cuidado integral em saúde (Pinheiro, 2001; Connil, 2002; Araújo, 2003), sendo este um dos principais desafios das políticas de saúde.

Por outro lado, a articulação da atenção primária com o restante do sistema e fatores contextuais de diversas naturezas parecem ser nós críticos que merecem especial atenção na análise dos determinantes da implantação de redes, conforme assinalam os estudos de Hernandez (2000), Rogeres (2000), Faulkner (2003), Pineault et al (2005) e tantos outros.

Assim, coloca-se oportuna a realização de novas investigações, que busquem analisar a implantação de redes, a partir de uma perspectiva globalizadora e que leve em consideração o papel da atenção primária em saúde. Este estudo visa contribuir nessa direção, operacionalizando a proposta de Leat et al. (2000), desenvolvida para análises de integração de cuidados no sistema de saúde canadense, onde se tem avançado tanto na implantação da integração de cuidados quanto no desenvolvimento de processos avaliativos sobre o sistema.

O objetivo deste trabalho é avaliar a implantação de redes assistenciais em sistemas municipais de saúde orientados pela atenção primária em dois municípios-caso, comparando seus resultados, levantando hipóteses para os achados obtidos e discutindo a pertinência, limites e possibilidades da metodologia utilizada para contextos municipais de saúde na realidade brasileira.

2. Metodologia

2.1 Seleção dos casos

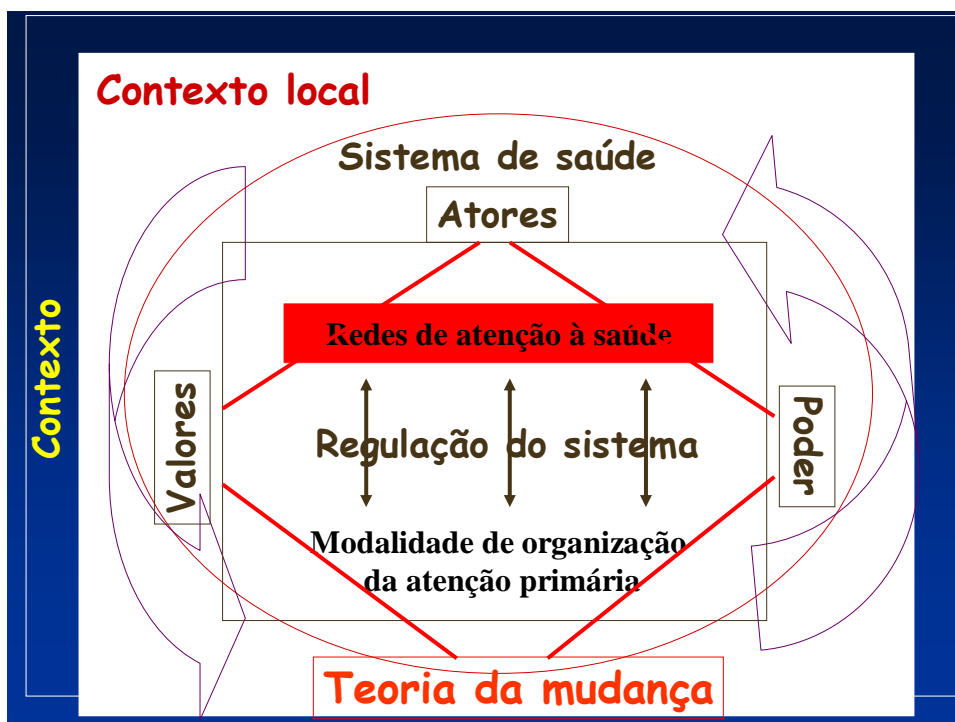
Foram selecionados dois municípios para esta pesquisa. O primeiro, por ser considerado um caso exemplar de experiência exitosa em termos do processo de descentralização do SUS no Estado da Bahia (Vieira-da-Silva et al., 2002a), assim como em relação à implantação do Programa de Saúde da Família (em âmbito estadual e nacional). O segundo caso foi escolhido com o intuito de aumentar a validade externa e robustez do estudo (YIN,1993), buscando-se um município com características similares ao primeiro, sendo estas: população entre 100 e 500 mil habitantes; taxa de urbanização maior que 85%; similaridade de indicadores sócio-econômicos (IDH e renda per capita); gestor municipal filiado ao mesmo partido político de esquerda; continuidade administrativa político-partidária da gestão municipal e do gestor de saúde; habilitação em gestão plena do sistema municipal de saúde (NOB96); gasto per capita em saúde elevado; mais de 6 anos de implantação do PSF

com coberturas no período 2002 a 2004 maiores que 40%; articulação com a Universidade para realização de assessoria municipal e formação de pessoal em saúde da família; e adesão a um projeto de reforma e organização do sistema de saúde orientada pela atenção primária.

2.2 Modelo teórico-lógico

O modelo teórico-lógico da pesquisa foi construído a partir da teoria da ação social de Bourdieu (1994 e 1998), aplicada à organização do sistema de saúde por Contandriopoulos (2000, 2001 e 2003), incorporando, também, reflexões de Testa (1997). Buscou-se problematizar a inter-relação entre o contexto, a modalidade de organização da atenção primária e a implantação de redes assistenciais de saúde à luz de uma teoria da mudança (Figura 1).

Figura 1 – Modelo teórico da pesquisa



O sistema de saúde é concebido como um campo situado no espaço social, estruturado por e estruturante do campo de forças em que se relacionam os diferentes campos, conformado pelas características do processo histórico e da organização social no qual se

insere, mantendo coerência com o conjunto de práticas e a estrutura simbólica que definem a organização da sociedade num dado momento histórico.

Enquanto tal, é parte de uma totalidade histórica socialmente definida, produtor e reproduzidor, não apenas de condições materiais (reprodução e contenção da força de trabalho, reprodução de capital), mas, também, de condições não-materiais – simbólicas – da vida social (Testa, 1997).

A organização do sistema de saúde reflete uma dada condição de equilíbrio e hegemonia de práticas e concepções vinculadas a determinados atores sociais³³, estabelecidas mediante uma conformação definida das relações de poder entre eles. Estas não são sempre imediatamente aparentes na interação, tal que se possa observar, e contribuem para manter o *status quo* e a inércia do sistema (Contandriopoulos et al., 2000 e 2001; Contandriopoulos, 2003).

As mudanças na direção da reorganização do sistema de saúde, na perspectiva da construção de redes, requerem a introjeção de novos valores e instituição de novas práticas pelos atores, o que implica a reconfiguração das relações de poder estabelecidas entre eles.

Diferentes modalidades de implantação da atenção primária se traduzem em diferentes níveis de integração desta com os demais serviços no sistema de saúde (Lamarche et al., 2003). A modalidade de implantação da atenção primária produz um efeito sobre a existência e modo de implantação dos cuidados integrais, de sorte que tanto maior seja o engajamento dos profissionais, gestores e comunidade na direção de um modelo comunitário, tanto mais se exercerá uma pressão sobre o sistema de saúde para implantar processos implicados com a

³³ Contandriopoulos elabora uma definição de ator social tomando como referência Benson (1975) e Bourdieu (1992, 1994): “Um ator pode ser definido como um agente (ou um grupo organizado de agentes) que interagem com outros num espaço social estruturado (um campo) para reforçar sua posição, mobilizando simultaneamente estratégias de cooperação e de enfrentamento com o objetivo de controlar os recursos críticos do campo”. Cada ator se caracteriza de forma indissociável e recursiva por suas estruturas mentais e cognitivas (sua visão de mundo, seus conhecimentos e suas crenças, suas intenções e projetos), os recursos (econômicos, culturais, sociais e biológicos) que possui ou que ele controla e que definem sua posição no campo, e, finalmente, suas disposições. Para fins de exposição dos resultados e discussão, será utilizado o termo agente para o indivíduo e ator para o grupo.

integralidade dos cuidados. Por outro lado, o reflexo desse processo retorna sobre a atenção primária na medida em que a rede passa a exigir um melhor desempenho deste nível para responder, com competência, às necessidades da população. Dito de outro modo, quanto mais reforço exista nos mecanismos de integração, mais eles evoluirão.

Redes assistenciais de saúde orientadas pela atenção primária

Foi elaborada uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde, baseada no conceito central de “integração de cuidados” de Contandriopoulos (2001), na proposta de Leatt et. al (2000) e nos componentes sistematizados por Mendes (2005).

Conceituamos redes como relações estabelecidas entre os diversos atores e instituições no sistema de saúde, mais ou menos estruturadas (formalizadas), resultantes dos processos de negociação entre eles, cuja ação/interação é caracterizada pela existência permanente de conflito e cooperação, no intuito de obter o controle dos recursos do sistema.

A integração de cuidados é definida como o “processo que consiste em criar e manter, ao longo do tempo, uma governança comum entre os atores e organizações autônomas com o objetivo de coordenar suas interdependências para permitir a cooperação em direção à realização de um projeto coletivo” (Contandriopoulos et al., 2001).

O elemento central da integração é a coordenação. Há integração quando existe coordenação de ações viabilizando a integração de serviços, construindo redes dinâmicas, que existem no momento em que se produzem as ações de saúde. A cooperação dos atores permanece no centro da problemática da integração, uma vez que nenhum dos atores detém todos os recursos, competências e legitimidade necessários para dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações (Hartz & Contandriopoulos, 2004).

A integração de cuidados exige a coordenação de suas atividades, isto é, o conjunto de acordos que propiciam um agenciamento lógico das partes de um todo para uma dada

finalidade (Contandriopoulos et al., 2001).³⁴ Em um sistema integrado de cuidados se espera que a intensidade e natureza da coordenação se ajustem em função das necessidades de cada uma das pessoas pelas quais o sistema é responsável, tendo em conta seus recursos, expertise e tecnologia disponíveis.

Em um sistema de serviços de saúde determinado, podem-se observar diferentes níveis e mecanismos de integração. A integração horizontal considera a relação entre as organizações correspondentes a um mesmo nível de atenção. Já a integração vertical refere-se a serviços de níveis de atenção distintos. A integração de cuidados é um processo que se desenrola ao nível das relações interindividuais e interorganizacionais. A integração clínica é aquela que se apóia sobre a constituição e coordenação de equipes profissionais. A integração funcional se refere a todos os mecanismos ou iniciativas que visam estabelecer uma governança, facilitando a cooperação entre os atores. A integração normativa visa assegurar coerência entre o sistema coletivo de representações e valores e as modalidades de organização. Finalmente, a integração sistêmica visa assegurar uma coerência, maior ainda, do contexto ou sistema em que se insere.

2.3 Estratégia de investigação

A avaliação da implantação das redes municipais foi desenvolvida de acordo com três eixos, quais sejam: desenho da rede, identificação de mecanismos de integração e estudo de trajetórias.

O desenho da rede foi elaborado a partir de uma descrição de componentes, apoiada na proposta de Mendes (2005), e estimativa de cobertura de alguns serviços. Mendes (2005) define os seguintes componentes principais de uma rede: nós, centro de comunicação, sistema de apoio, sistemas logísticos e sistemas de gestão. Os nós são os distintos pontos de atenção

³⁴ Três tipos de coordenação são definidos: a coordenação seqüencial, quando um paciente encontra sucessivamente os profissionais ou organizações durante um episódio de doença; a coordenação recíproca, quando um paciente é tratado simultaneamente por diversos profissionais ou organizações; e a coordenação coletiva, quando uma equipe de profissionais ou organizações assegura continuamente a responsabilidade da tomada de decisão dos pacientes segundo modalidades decididas conjuntamente.

da rede; o centro de comunicação é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contra-fluxos do sistema de serviços, devendo, idealmente, ser a atenção primária à saúde; os sistemas logísticos são as tecnologias de comunicação utilizadas; os sistemas de apoio são os sistemas de diagnóstico, terapêutico e farmacêutico que dão suporte à organização da assistência; e o sistema de gestão remete àquilo que confere institucionalidade à rede, além da programação, auditoria, monitoramento e avaliação.

A avaliação da implantação da rede buscou classificar o tipo e os mecanismos de integração existentes. Quanto ao tipo, foi classificado em horizontal (exclusivamente no âmbito da atenção primária) ou vertical (da atenção primária com outros níveis do sistema). Com relação aos mecanismos, a modalidade de integração foi classificada como clínica³⁵, funcional, normativa ou sistêmica (Contandriopoulos et al, 2001). Os critérios para avaliação dos mecanismos de integração, apresentados no Quadro 1, foram construídos a partir da revisão dos seguintes estudos: Anaes (1999), Giovanella (2002) e Vieira-da-Silva et al. (2002a).

Observamos que os mecanismos de integração podem ser analisados por referência a diferentes planos. Assim, a integração clínica, por exemplo, tanto se expressa no âmbito de uma equipe de saúde como entre unidades, ou entre estas e o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico. Da mesma forma, a integração funcional tanto remete à existência de instrumentos institucionalizados de integração ao interior de uma unidade de saúde, quanto em relação a todo o sistema. Na verdade, os diversos mecanismos podem ser analisados sob uma perspectiva horizontal ou vertical, isto é, em função dos tipos de integração.

Uma terceira estratégia utilizada na avaliação do grau de implantação foi o estudo de trajetórias, que permitiu a obtenção de uma estimativa quantitativa, a partir de critérios construídos com base na proposta de Leatt et al. (2000). Estes autores elaboraram um

³⁵ Agregamos sob a denominação de integração clínica as dimensões “integração de cuidados” e “integração de equipes clínicas” de Contandriopoulos et al (2001).

conjunto de 9 critérios para que os pacientes pudessem avaliar a existência de um sistema integrado de cuidados. As questões propostas serviram de base para a elaboração de 14 critérios. Estes, por sua vez, foram agrupados em quatro dimensões, a saber: coordenação (5 critérios), acessibilidade a todos os níveis de atenção (2 critérios), acessibilidade à atenção primária (3 critérios) e qualidade do atendimento (4 critérios). O Quadro 2 apresenta os critérios de Leatt et al. (2000) e a respectiva correspondência com aqueles utilizados neste estudo, bem como o agrupamento nas dimensões consideradas. Foram adotados os seguintes conceitos para as mencionadas dimensões:

❖ Coordenação – conjunto de arranjos ou acordos que permite um agenciamento lógico das partes de um todo para um fim dado no âmbito do sistema de saúde (Contandriopoulos et al, 2001).

❖ Acessibilidade – facilidade ou dificuldade de estabelecer contato com o serviço de saúde (Pineault et al, 2005).

❖ Qualidade do atendimento: conjunto de características relacionadas ao modo de prestação do cuidado pelo serviço de saúde.

Para o estudo das trajetórias elegeu-se como traçadores os problemas hipertensão e diabetes, por preencherem os critérios propostos por Kesner et al. (1973) e por serem consideradas condições sensíveis a atenção ambulatorial (Brown et al., 2001; McColl et al., 1998). Os casos das trajetórias foram obtidos da relação de usuários hipertensos ou diabéticos, residentes em área de abrangência das equipes de saúde da família estudadas, que haviam sido encaminhados para atendimento em serviços de emergência ou haviam sido hospitalizados no último ano, considerada como data de referência o mês da coleta de dados nas unidades de saúde daquele município. Os casos para realização das trajetórias foram selecionados com base nos seguintes critérios:

- ✓ diversidade de serviços de referência em relação ao tipo (hospital, maternidade, serviço de emergência), natureza (público ou privado), gestão (municipal ou estadual) e local (no mesmo município ou em outro município);
- ✓ diversidade de problema apresentado;
- ✓ período de ocorrência, com prioridade para os eventos mais recentes.

Incluiu-se, em cada município, um caso de óbito e um caso de usuário que apresentava transtorno mental.

Foram excluídos dois casos, no Município B, com dados incompletos que inviabilizaram a análise das trajetórias. No total, foram analisadas 15 trajetórias, sendo 8 no Município A e 7 no Município B.

2.4 Fontes de dados e operacionalização do trabalho de campo

O desenho da rede foi realizado a partir de análise documental, dados secundários e dados qualitativos obtidos na pesquisa de campo. Foram utilizadas as seguintes fontes de informação:

- ❖ sistemas de dados nacionais demográficos e de saúde, obtidos através do Datasus (www.datasus.gov.br): Censo 2000 e estimativas populacionais (IBGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), banco de dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE);

- ❖ documentos técnicos dos municípios relacionados a processos de gestão e organização do sistema de saúde (planos de saúde, relatórios de gestão, programação pactuada integrada -PPI-, projeto de expansão do Programa de Saúde da Família –PROESF-, instrumentos de referência e contra-referência, documentos técnicos dos setores de auditoria e atenção básica);

❖ diário de campo do pesquisador principal, incluindo observação da rotina de trabalho das equipes de saúde e unidades de referência, observação de reuniões do CMS, conselho local de saúde, reunião das equipes de coordenação da atenção básica, comitê de inter-setorialidade, reunião do Pólo de Educação Permanente em Saúde, reunião de comitê de urgência e emergência.

A trajetória dos usuários foi reconstruída a partir de entrevistas com usuários, familiares, agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família e análise de prontuários do usuário de todas as unidades nas quais o mesmo havia sido acompanhado (inclusive registros de SAMU) no município e fora dele (em Salvador).

A caracterização de mecanismos e níveis de integração foi realizada através da análise de documentos acima mencionados e da realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves do sistema de saúde (equipe de gestão, representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS), profissionais de saúde e usuários de duas equipes selecionadas³⁶) (Anexo 1);

O trabalho de campo nos estudos de caso se fez por aproximações sucessivas, tendo sido iniciado no município A e, em seqüência, no município B, desenrolando-se, a partir de então, simultaneamente nos dois municípios, porém com etapas não coincidentes. A pesquisa contou com a colaboração de auxiliares de pesquisa para o trabalho de campo e o processamento dos dados.

³⁶ As equipes foram selecionadas através de entrevistas com informantes-chaves com base nos seguintes critérios: existência de equipe mínima completa, tempo de atuação igual ou maior que um ano, ser exemplo de sucesso em termos de implantação do PSF. Os entrevistados responderam à pergunta “quais as equipes de saúde da família de melhor desempenho?” e “por que?”. As respostas ao “por que” diziam respeito ao cumprimento das normas do Programa, especialmente carga horária, comprometimento dos profissionais com o trabalho e a população, boa integração entre os membros da equipe (especialmente médico e enfermeiro) e competência profissional (médico e enfermeiro). No município A, apenas duas equipes preenchiam os critérios de tempo de implantação e composição da equipe. Ambas foram mencionadas pelos entrevistados como exemplares em relação ao desempenho. No município B, mais de duas equipes foram pré-selecionadas, sendo realizada uma reunião com membros da coordenação da atenção básica onde foi feito um ordenamento das equipes, em termos de desempenho, para escolha das duas equipes integrantes do estudo. Nesse processo, foi eliminada uma equipe da zona rural considerada de melhor desempenho que a selecionada ao final, pelo fato dos profissionais terem participado de 3 pesquisas avaliativas em menos de 6 meses.

Foi obtido consentimento escrito dos entrevistados e assegurado sigilo, tanto dos entrevistados quanto dos municípios.

2.5 Processamento e análise dos dados

Cada trajetória foi avaliada em relação aos critérios utilizados neste estudo, contando-se com a colaboração de um experto na área de hipertensão e diabetes³⁷ com larga experiência em atenção primária na análise dos casos. Para análise das trajetórias foi construído um instrumento (Ficha de avaliação das trajetórias - Anexo 2) com vistas a sistematizar as evidências observadas em cada uma delas. Foi verificado o atendimento ou não ao critério observado, assumindo-se, respectivamente, a pontuação de 0 (não atende), 1 (atende) e 0,5 (atende parcialmente). Vale ressaltar que a pontuação em relação a cada dimensão não expressa qualquer tipo de valoração desta em relação às demais. Isto é, uma dimensão que foi graduada de 0 a 5 não apresenta maior valor que uma dimensão que foi graduada de 0 a 2. A pontuação refletiu apenas o número de critérios utilizados na avaliação.

Além disso, cada trajetória foi representada através de um fluxograma retratando os principais eventos ocorridos com o usuário e os principais fatos relacionados à sua história de utilização de serviços (Anexo 3).

Para pontuação do município, foram cumpridos os seguintes procedimentos:

- a) pontuação dos itens que compõem cada critério em cada trajetória;
- b) cálculo da média dos pontos obtidos em cada critério, com base nos resultados válidos (excluídos os inconclusivos), obtendo-se um escore final por critério;
- c) cálculo da média dos escores finais para cada dimensão, obtendo-se um escore final por dimensão;
- d) cálculo final dos escores das dimensões obtendo-se um escore final por município.

³⁷ O experto avaliou a qualidade do atendimento e dos registros, identificando condutas adequadas e inadequadas, emitindo parecer sobre a pertinência dos encaminhamentos e um parecer final sobre o caso.

Foi utilizada a seguinte escala para classificação do grau de implantação: a) 0,00 (zero) a 0,25 – grau de implantação incipiente; b) 0,26 a 0,50 – grau de implantação intermediário 1; c) 0,51 a 0,75 – grau de implantação intermediário 2; d) 0,76 a 100,0 – grau de implantação avançado.

Foi realizada análise descritiva dos dados quantitativos. Os dados qualitativos produzidos através de entrevistas foram processados com o auxílio do NVIVO (versão 2.0).

3. Resultados

3.1 Caracterização dos municípios-caso

O Quadro 3 sumariza alguns dados relacionados às características selecionadas para descrição dos municípios-caso. Os municípios A e B possuem dados demográficos semelhantes (porte populacional, pirâmide etária), sendo uma diferença importante a densidade populacional, bem inferior no Município B. Os dados sócio-econômicos também são compatíveis entre os dois municípios e privilegiados quando comparados à situação geral do Estado (IDH e proporção da população com renda percapita inferior a R\$75,00), destacando-se o maior percentual de analfabetismo funcional no Município B (em torno de 45%). Os indicadores sanitários revelam precariedade em relação a abastecimento de água, ligação a rede de esgoto e coleta de lixo e os indicadores epidemiológicos demonstram taxas de mortalidade infantil próximas à média do Estado (23,0/1000 nascidos vivos) e superiores à média nacional (18,9/1000 nascidos vivos) em 2003. Chama a atenção, entretanto, a elevada proporção de óbitos por causas mal definidas em ambos os municípios.

Apesar de, nos dois casos, haver continuidade administrativa, quando se analisa a estabilidade e coerência ideológica das alianças políticas³⁸ e o apoio do Legislativo, o Município B apresenta um cenário político mais favorável.

Em relação à organização do sistema de saúde, ambos encontram-se habilitados em gestão plena (NOB96) e apresentam percentual de gastos do Tesouro Municipal superior a 15% no ano de 2004. O gasto per capita com saúde foi significativamente maior no Município B (2003), ao passo que a proporção de despesas na atenção básica neste é bem menor.

As coberturas do Programa de Saúde da Família são consideradas elevadas, superiores no Município B, especialmente tendo em consideração que são municípios de mais de 100 mil habitantes, requerendo grande número de equipes para obtenção de altas coberturas. Ainda assim, ambos pactuaram metas de expansão até 2008 superiores a 70%.

3.2 Desenho das redes municipais de atenção à saúde

Ambos os municípios apresentam uma rede complexa de serviços de saúde, onde predominam aqueles que desenvolvem as ações próprias da atenção primária à saúde, sendo todos esses de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde. Os estabelecimentos estaduais se restringem a poucas unidades ambulatoriais e hospitalares, ofertando, principalmente, serviços especializados e de emergência. Os serviços privados são responsáveis por uma parcela considerável dos serviços de média e alta complexidade sediados nos municípios, em especial na atenção hospitalar e nos serviços ambulatoriais de alto custo. Constata-se, também, que o Município B apresenta uma oferta mais variável e abundante de leitos e serviços de média e alta complexidade que o Município A e uma rede privada não conveniada ao SUS bastante desenvolvida: grande número de policlínicas, clínicas e ambulatórios de especialidades e hospitais especializados (Quadros 4 e 5).

³⁸ A classificação ideológica em blocos partidários foi a de Rodrigues, L. M. (2002): direita, centro e esquerda com agrupamento partidário proposto por Melo (2000): esquerda – PT, PDT, PSB, PC do B, PPS e PV; centro – PMDB e PSDB; direita – PFL, PPB, PTB, PL, PDC, PL, PST, PSC, PTR, PMN, PSD, PRP e PRS.

A estrutura atual de serviços de saúde em ambos os municípios é o resultado da rápida expansão em anos recentes - a partir de 2001 no Município A e 1999, no Município B -, em especial a partir da obtenção da habilitação na gestão plena do sistema municipal de saúde. Tal expansão se deu tanto nos serviços básicos quanto na atenção especializada e procedimentos de alta complexidade (Quadro 6). Apesar disso, a oferta de serviços ainda é considerada insuficiente em ambos os municípios, tendo em vista, inclusive, que os serviços de média e alta complexidade não se destinam exclusivamente a seus munícipes. Ao contrário, o Município A é referência para cerca de 20 municípios circunvizinhos, correspondendo a uma população de mais de 400 mil habitantes, enquanto o Município B é referência para mais de 70 municípios, que totalizam mais de 1 milhão e meio de habitantes.

O sistema de apoio, em ambos os municípios, apresenta suficiência para os exames elementares, segundo os entrevistados. No entanto, apenas o Município B conseguiu avançar de forma mais significativa na oferta de serviços auxiliares de diagnose e terapia de média e alta complexidade, ainda que, com limites em relação à última. Também em relação à assistência farmacêutica, o Município B apresenta maior estruturação (Quadro 7).

Quanto ao sistema de gestão, o Município A se caracteriza por um gerenciamento com baixo grau de normatização, sem um monitoramento e avaliação sistemáticos e com processos ainda incipientes de capacitação e desenvolvimento de mecanismos gerenciais. Já o Município B se destaca pelo elevado grau de normatização e um forte sistema de controle e auditoria, na fiscalização dos serviços privados, e pela existência de processos regulares de supervisão nas unidades de atenção primária (Quadro 7).

3.3 Estudo das trajetórias

O Quadro 8 apresenta os resultados das estimativas relacionadas ao grau de implantação de redes de atenção à saúde nos dois municípios investigados. O escore global do

Município B foi superior ao do Município A. Contudo, ambos os municípios se situaram na faixa Intermediária 2 de implantação, de acordo com a estratificação adotada.

O Município B obteve maior pontuação que o município A em 3 das 4 dimensões analisadas, mantendo-se, todavia, na mesma faixa de estratificação, exceto na dimensão “acessibilidade a todos os níveis do sistema de saúde”, onde apresentou desempenho acentuadamente superior. Em nenhuma das dimensões analisadas os municípios foram classificados no estrato “avançado” em relação ao grau de implantação.

Os Quadros 9 e 10 resumizam os resultados das avaliações das trajetórias de usuários em relação aos critérios adotados, respectivamente nos municípios A e B.

❖ **Coordenação**

Os municípios apresentaram desempenho semelhante em relação a esta dimensão, com escores muito baixos. É interessante observar que a baixa pontuação global resultou do não atendimento dos critérios relacionados à coordenação entre diferentes unidades de saúde. Contrariamente, naqueles relacionados à coordenação no âmbito estrito de uma mesma unidade, os escores municipais situaram-se na faixa “intermediário 2” (critério 1) e “avançado” (critério 3).

Em todas as unidades de saúde de ambos os municípios, tanto de atenção primária quanto serviços de referência, observou-se a utilização de prontuário clínico, principal instrumento para acompanhamento dos usuários pelos profissionais nos serviços de saúde. As unidades de saúde da família utilizavam o prontuário familiar e os demais serviços, inclusive privados contratados, prontuários individuais. Entretanto, o aprofundamento da análise das trajetórias revelou que este instrumento era, em geral, muito mal preenchido. Registros de anamnese e história clínica do paciente em prontuários de USF foram encontrados em apenas uma das 8 trajetórias no Município A e em 3 das 7 trajetórias no Município B. Nos serviços de referência, estes valores foram ainda menores. Todavia, com relação à evolução clínica e

solicitação de exames e procedimentos, bem como conduta terapêutica adotada pelo profissional, a qualidade dos registros foi significativamente melhor, em ambos municípios e todos os tipos de unidades de saúde investigadas.

Vale ressaltar que os Serviços de Arquivo Médico e Estatística das unidades nem sempre se encontravam bem organizados, dificultando ou inviabilizando, muitas vezes, a localização dos prontuários, em ambos os municípios.

Observamos que as histórias obstétricas foram mais bem registradas, o que, provavelmente, esteve relacionado à utilização de instrumento específico do Programa de Atenção à Saúde da Mulher em ambos municípios.

Foram levantadas evidências de ausência de comunicação entre os pontos de atenção à saúde, no que diz respeito à história clínica, epidemiológica e social do usuário, bem como à utilização de serviços (apoio diagnóstico e terapêutico) e condutas adotadas pelos profissionais.

O único instrumento gerencial utilizado para comunicação entre as unidades de saúde foi a guia de referência e contra-referência. Sua utilização restringiu-se, entretanto, ao encaminhamento da referência, inexistindo contra-referência do paciente para a unidade de saúde da família. Além disso, os registros observados foram, sem exceção, muito sumários, insuficientes para recuperar a história clínica ou de utilização de serviços (procedimentos diagnósticos, por exemplo) do paciente. Verificou-se, ainda, a inexistência de outros instrumentos de comunicação (através, por exemplo, da utilização de telefone).

No estudo das trajetórias, pôde-se observar que as solicitações e resultados de exames encontravam-se registradas na quase totalidade dos prontuários, seja nas unidades de saúde da família, seja nas unidades de referência, integrando a evolução dos casos clínicos. Entretanto, nas entrevistas realizadas com profissionais no município A, foram mencionados problemas organizacionais, especialmente entre as unidades de saúde da família e os sistemas de apoio e

logístico (laboratório e central de marcação) com extravio ocasional de solicitações ou de resultados de exames já realizados, obrigando o profissional a fazer nova solicitação.

A construção das trajetórias exigiu um exercício de recuperação da história de utilização dos serviços de saúde dos usuários. A realização desta tarefa mostrou que os diferentes registros e profissionais constituíram-se em fontes parciais de informação sobre a história dessas pessoas, sendo esta uma das maiores evidências de que o paciente é, quase sempre, a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos.

Os diferentes instrumentos e os relatos profissionais apresentam fragmentos da história que, freqüentemente, só o paciente, é capaz de recompor. Entre as diversas fontes de informação, os agentes comunitários de saúde mostraram ser informantes-chaves, detendo, em geral, um conhecimento mais completo e preciso acerca de circunstâncias, tempo e lugar dos acontecimentos que os demais profissionais de saúde.

Por outro lado, os registros das unidades de saúde da família apresentaram-se mais completos que os registros dos serviços de referência com relação ao curso da história, enquanto que os registros de internamento foram mais precisos quanto ao detalhamento das intervenções realizadas no período de acompanhamento.

O fato de o usuário ser acompanhado por serviço privado não favoreceu, em nada, a coordenação, não havendo qualquer comunicação entre profissionais autônomos ou serviços privados de referência e as unidades de atenção primária ou hospitais (no caso de internamentos). Pelo contrário, os usuários e familiares se queixaram do não acompanhamento de profissionais pagos pelo próprio paciente, quando da ocorrência de internamentos.

❖ **Acessibilidade a todos os níveis do sistema de saúde**

Esta foi a dimensão com maiores diferenças de desempenho entre os municípios, com grau de implantação “incipiente” no município A, em contraposição a “intermediário 2” no Município B.

De fato, no estudo das trajetórias pôde ser observado que, ainda que o usuário tenha tido, no curso da sua história, acesso ao serviço mais adequado ao seu tipo de problema, isto não aconteceu oportunamente, o que foi válido para 7 das 8 trajetórias no Município A, onde este problema apresentou enorme relevância.

Em ambos os municípios foram identificadas barreiras de acesso geográficas (pacientes provenientes de áreas rurais tiveram maior dificuldade de acesso em função do deslocamento) e econômicas (usuários de maior poder aquisitivo superavam certas barreiras através da utilização de serviços privados, viabilizando, assim, a continuidade da assistência) para a realização de exames e consultas especializadas. No Município A, foram observadas, também, distorções (“venda de fichas” nas filas de marcação de exames e consultas) que funcionavam como barreiras econômicas de acesso ao sistema de saúde. Barreiras organizativas foram evidenciadas, sobretudo, no município A, na definição de normas ou procedimentos, pautadas na conveniência do serviço ou do profissional, a exemplo de: utilização, pela central de regulação, do critério “qualidade do preenchimento da solicitação” para priorização de marcação de exames e consultas; solicitação exclusiva de ECG pelo cardiologista - norma estabelecida pelo mesmo e aceita pela equipe de gestão. Este, sendo o único contratado pelo SUS, no município, recusava-se a realizar o exame, quando solicitado por profissionais das equipes de saúde da família, impedindo, assim, o atendimento à recomendação de que todo hipertenso deve realizar um exame eletrocardiográfico anual.

A trajetória da usuária Luzia (nº2), é bastante ilustrativa das barreiras organizacionais enfrentadas no Município A. Gestante hipertensa, foi encaminhada para acompanhamento em

serviço de referência para gravidez de alto risco, mas só veio, efetivamente, a ser acompanhada após o terceiro encaminhamento. Da primeira vez, houve perda de contato entre a atenção primária e a usuária, após ser encaminhada ao serviço de referência onde a médica julgou não se tratar de uma gestação de alto risco; após mudar-se para área coberta pelo PSF, o agente comunitário de saúde, constatando a gestação, fez o elo de ligação entre a usuária e a unidade de saúde da família. Depois de examinada, a usuária foi, novamente, encaminhada para serviço de referência em gravidez de alto risco. Lá chegando, foi atendida por auxiliar de enfermagem, a quem era delegada a competência de avaliar as gestantes referidas por outros serviços. O parecer da auxiliar de enfermagem, registrado em prontuário, foi de que a paciente não necessitava de acompanhamento no serviço de referência para gravidez de alto risco, sendo a mesma re-encaminhada para a unidade de saúde da família. Os profissionais da USF (médico e enfermeira), discordando do parecer da auxiliar de enfermagem, encaminharam, mais uma vez, a paciente para o serviço de referência e, finalmente, o serviço passou a fazer o acompanhamento da usuária.

A análise de outras evidências a partir dos diversos meios de verificação revelou que, além das barreiras de acesso do usuário ao sistema de saúde, identificadas em ambos os municípios, mas, especialmente, no município A, a baixa oferta de serviços foi responsável pela dificuldade do usuário circular no sistema: havia insuficiência de médicos, tanto generalistas quanto especialistas, fazendo com que, por exemplo, muitas gestantes chegassem ao parto sem ter realizado sequer uma consulta médica de pré-natal; os entrevistados mencionaram, também, insuficiência de vagas para exames especializados e internações, havendo demora na marcação de exames, às vezes, de meses.

Já no Município B, além de uma oferta de serviços bastante superior ao Município A, não foram observadas as distorções constatadas naquele município. Pelo contrário, foram identificados diversos mecanismos organizacionais voltados para facilitar o acesso de

usuários com maiores problemas. Por exemplo, pacientes com neoplasia têm prioridade na realização de exames e consultas especializadas, não sendo estas submetidas às restrições de cotas porventura existentes.

Finalmente, para serviços não ofertados em âmbito municipal, foi evidenciada dificuldade de acesso para ambos os municípios, relacionados, especialmente, ao processo de regulação de vagas de exames especializados e internamentos para o município de Salvador.

❖ **Acessibilidade à atenção primária**

Os dois municípios apresentaram grau de implantação intermediário 2 em relação a esta dimensão. De fato, pode-se considerar que o único critério não atendido com base na análise das trajetórias foi a disponibilidade de provedor ligado à atenção primária durante o período de 24 horas. Isto porque, em nenhum dos serviços de atenção primária, de ambos os municípios, as unidades de atenção primária eram articuladas a postos de pronto-atendimento. Observou-se, entretanto, no município B, a existência de unidades básicas tradicionais que funcionavam em 3 turnos de atendimento (até as 22 horas) em dias de semana, o que representa maior flexibilidade de horários e, portanto, maior acessibilidade para os usuários do SUS. Por outro lado, observou-se, no município A, a existência de grande número de unidades sem médico (33%) e a redução da carga horária de trabalho, fruto de acordo com a equipe gestora da SMS³⁹, fatores que comprometem a acessibilidade do usuário à atenção primária.

Ambos municípios apresentam uma trajetória de expansão acentuada dos serviços de atenção primária nos últimos anos, às custas, especialmente, da implantação do Programa de Saúde da Família. Os dados de cobertura, entretanto, apresentam problemas de validade, especialmente no Município A⁴⁰: por um lado, mensuram a cobertura potencial com base em

³⁹ No município A, o médico de uma das duas equipes tinha outro vínculo com o próprio município, trabalhando em outra atividade em período de atendimento na USF.

⁴⁰ O quadro de profissionais do CNES mostra que as unidades básicas tradicionais possuem 16 “médicos em geral - clínico geral”. Vale ressaltar que muitos desses médicos também estavam cadastrados como médicos de

uma média nacional de famílias acompanhadas, que não corresponde à realidade nos municípios estudados; por outro, algumas distorções em relação às normas de funcionamento foram observadas, que têm impacto, provavelmente, sobre a cobertura real. Dentre estas, sobressaem: maior número de famílias acompanhadas que o preconizado (em ambos os municípios), redução da carga horária do médico em algumas equipes (no município A, onde são negociadas folgas semanais para atrair o profissional médico) e não funcionamento das unidades em horário integral de trabalho nos turnos matutino e vespertino (município A).

A única alternativa disponível para os usuários quando necessitam de atendimento em horários não coincidentes com os de funcionamento das unidades de atenção primária (fins de semana e à noite) ou quando o médico não se encontra na unidade (o que ocorreu em duas trajetórias de usuários no município A), é a busca de serviços de emergência que funcionam, via de regra, em unidades hospitalares. Entretanto, nem sempre o quadro clínico que mobiliza o usuário na procura desse tipo de serviço poderia ser classificado como urgência ou emergência, havendo depoimentos de profissionais dos dois municípios de que a superlotação dos serviços de emergência pode ser atribuída à procura inadequada desse tipo de serviço pela população.

Embora em nenhuma das trajetórias tenham sido observadas barreiras externas para atendimento nas unidades de saúde da família (geográficas, econômicas ou culturais), outras evidências mostraram que, em geral, os usuários da zona rural apresentam mais dificuldades de acesso à atenção primária, em ambos os municípios, chamando a atenção, especialmente no município B, a grande extensão territorial e dispersão geográfica das áreas cobertas pelas equipes de saúde da família.

alguma unidade de saúde da família do município e não foi possível fazer a correção porque os dados de saúde da família do CNES estavam defasados (o médico de uma das unidades estudadas que já havia saído de lá há meses continuava como médico da unidade) e havia casos do mesmo médico estar cadastrado em duas USF. Somando os médicos das unidades básicas e os das unidades de saúde da família informados nas entrevistas chegamos a um total de 28 médicos, correspondendo a 0,22 médicos generalistas/1.000 habitantes. Este valor é bastante inferior aos parâmetros da Portaria 1101/02 - que preconiza 0,8 médicos generalistas/1.000 habitantes - e parece incompatível com os dados de cobertura de consulta médica dos sistemas de informação (SIA-SUS, produzidos pelo DATASUS e obtidos através do site do Pacto da Atenção Básica).

A existência de barreiras organizacionais ao atendimento da população foi observada no município A (critérios de marcação de consulta e de organização do atendimento à demanda espontânea nas unidades de saúde da família). Já no município B, evidenciou-se a implantação de mecanismos voltados para ampliação do acesso e melhoria da relação das unidades com a população (por exemplo, acolhimento diário e visita domiciliar regular dos médicos a pacientes impossibilitados de irem às unidades).

❖ **Qualidade do atendimento**

Esta foi a dimensão em relação à qual os municípios apresentaram as maiores pontuações, chegando no limite superior do grau de implantação “intermediário 2”.

O elevado escore foi devido, especialmente, aos valores atribuídos aos critérios 1, 3 e 4, todos eles relacionados a atenção primária, sendo os últimos (3 e 4) relativos a intervenções operadas pelo Programa de Saúde da Família.

O tempo médio das consultas médicas nas unidades de saúde da família foi estimado em cerca de 15 minutos pelos profissionais de saúde e coordenadores de assistência em ambos os municípios, o que está de acordo com os parâmetros assistenciais da Portaria 1101 (BRASIL, MS) Em geral, os usuários, tanto os que integraram o estudo das trajetórias quanto os que não integraram, não referiram queixas em relação ao tempo de atendimento dos profissionais das equipes de saúde da família. No município A, houve reclamação de usuários em relação ao tempo da consulta com especialista (cardiologista), havendo coincidência de informação de todos os entrevistados de que a duração média da consulta era de cerca de 3 minutos e de que o profissional não examinava o usuário. No município B, os usuários entrevistados consideraram o tempo da consulta satisfatório, tanto nas equipes de saúde da família quanto com relação aos especialistas. As informações dos usuários foram congruentes com as prestadas pelos profissionais de equipes de coordenação em ambos os municípios.

Em relação à satisfação do usuário com as informações prestadas pelos profissionais, os resultados mostraram que houve escores baixos na análise das trajetórias, com queixas dos usuários em relação à qualidade da informação recebida, tanto no nível primário quanto nos serviços de referência. Entretanto, nas entrevistas com profissionais e usuários nas unidades de saúde, pôde-se observar que os profissionais das equipes investigadas referiam prestar informações aos usuários sobre as condutas adotadas. Por sua vez, os usuários entrevistados nas USF mostraram-se, em geral, satisfeitos com o cuidado e informações prestadas pelos profissionais.

Apesar da demonstração de satisfação, as entrevistas com os profissionais nas USF sugerem que há pouca margem para os usuários realizarem escolhas terapêuticas. Isto foi percebido na utilização de expressões como “o paciente não obedece”, “o paciente não compreende” “tem que meter medo ao paciente” “os pacientes são relapsos no tratamento”.

Há indícios de que a participação de serviços privados não aumentou a qualidade do atendimento (a maioria dos familiares e usuários se queixou da qualidade do atendimento prestada por profissionais de serviços privados em relação a tempo de consulta, informação clara sobre o problema e acompanhamento pelos profissionais quando da ocorrência de internamentos).

3.4 Mecanismos de integração das redes de atenção à saúde

Os municípios se diferenciaram bastante na implantação de mecanismos de integração, tendo sido evidenciada a presença de poucos mecanismos no Município A e o não atendimento à maioria dos critérios utilizados na avaliação, inversamente ao que ocorreu no Município B.

❖ Integração clínica

Observou-se, no Município A, a inexistência de integração clínica entre os profissionais de diferentes unidades de saúde. Isto é ilustrado na fala de um médico regulador

ao afirmar que quando o usuário é referenciado pela unidade básica para o especialista, é como se o médico estivesse “se livrando daquele paciente”. Por sua vez, na eventualidade do internamento, a USF perde o contato com o mesmo, buscando, entretanto, informações através dos familiares. A integração clínica foi constatada exclusivamente intra-unidade, nas equipes de saúde da família, onde ocorrem reuniões regulares com todos os profissionais e discussão de casos e atividades⁴¹.

Não havia protocolos clínicos, mas estavam em fase final de elaboração protocolos relacionados à atenção pré-natal e hipertensão por profissionais da equipe de gestão com o apoio de uma universidade.

No Município B, o contato direto entre profissionais diretamente relacionados à assistência ao paciente de serviços de diferentes níveis do sistema acontecia eventualmente, mas não estava incorporada à cultura institucional. Sua ocorrência parece estar relacionada ao maior ou menor engajamento dos profissionais com o “projeto SUS” ou de iniciativas motivadas pela gravidade do problema do paciente. A integração clínica através de protocolos ainda era incipiente, mas começava a ser desenvolvida através da implantação de normas e procedimentos seja na atenção primária, seja no estabelecimento da relação desta com os demais níveis do sistema de saúde, com discussões regulares com especialistas para definição de critérios de encaminhamento e atualização terapêutica. Foi interessante observar a não inclusão dos profissionais das unidades básicas tradicionais nesse processo organizativo, justificada, pela equipe de gestão, por não aderência dos mesmos a esse tipo de processo.

O conhecimento das complementaridades foi evidenciado não apenas entre membros de equipes de saúde da família, mas, também, em outras esferas, como o SAMU e a coordenação da atenção primária, mostrando uma certa ampliação para os demais níveis do sistema de saúde.

⁴¹ Em outro artigo foi discutido o trabalho em equipe desenvolvido no âmbito do PSF. Neste, há evidências de circulação satisfatória de informação entre profissionais de equipes de saúde da família.

Na época da coleta de dados, o Município B havia implantado, há mais de um ano, um sistema de acolhimento ao paciente referenciado para alta complexidade. Há um profissional que acolhe os usuários que, em função de situações especiais (especialmente relacionadas à gravidade do caso, mas, também, de outras necessidades apresentadas como distância da moradia, dificuldades diversas na marcação de exames, consultas especializadas, etc) não passam pelo protocolo normal de encaminhamento. O papel desse profissional é, justamente, reduzir as barreiras organizacionais de acesso aos usuários (em diversas situações) e favorecer a priorização de pacientes com necessidades especiais.

Para estes casos, este profissional funciona como o centro de comunicação da rede, articulando os diversos pontos de atenção nos diversos níveis e de diferentes prestadores, dentro e fora do município, além dos sistemas de apoio e logístico, como, por exemplo, viabilizando transporte do paciente para outro município, com vistas a garantir a oportunidade do atendimento. A atuação desse profissional representa a implantação de um importante mecanismo de integração clínica.

A articulação da abordagem preventivo-curativa pôde ser observada, em ambos municípios, no âmbito das equipes de saúde da família. No município B, pudemos constatar, também, a emergência de articulações mais amplas, numa perspectiva intersetorial, ilustrada através da criação de um núcleo estratégico intersetorial, na Secretaria de Saúde, considerado embrião de um futuro Conselho Intersetorial contemplando vários setores da Prefeitura Municipal.

❖ **Integração funcional**

No Município A, alguns processos organizacionais estavam sendo iniciados, como reuniões regulares entre coordenadores da equipe de gestão e coordenadores das equipes de saúde da família⁴². Os instrumentos gerenciais de comunicação entre pontos de atenção à

⁴² Em reunião, os profissionais discutiam os critérios para encaminhamento de gestantes para realização de ultrassonografia com base no “bom senso”.

saúde eram incipientes, tendo havido mesmo retrocesso em relação a processos organizacionais previamente existentes⁴³. Além disso, os sistemas de informação eram pouco utilizados como ferramentas de monitoramento e avaliação do sistema, havendo pouco uso e difusão das informações e, também, indícios de existência de problemas de validade de algumas informações produzidas⁴⁴.

A implantação do PSF parece ter produzido impacto no sentido de um maior ordenamento do sistema (rotinas de solicitação de exames, procedimentos e consultas especializadas). Todavia, em função do número de vagas ser insuficiente e de não existirem cotas fixas por unidade de saúde da família⁴⁵, a marcação de exames e consultas acabava demorando mais que o das áreas descobertas, e muitos pacientes preferiam se dirigir diretamente à Central de Marcação, alterando o endereço para “arriscar” o agendamento de uma consulta ou exame.

No município B, pôde ser constatado o desenvolvimento de mecanismos de integração pautados em processos coletivos de discussão. Esses processos propiciavam um fluxo de informações entre diferentes instâncias de gestão (coordenação da atenção básica e unidades de atenção primária) e diferentes pontos de atendimento num mesmo nível do sistema. Por outro lado havia processos de comunicação mais fluidos, com utilização, por exemplo, de telefone, entre unidades de saúde e central de marcação, e entre unidades de saúde e coordenação da atenção primária. Assim, pôde ser percebida tanto circulação horizontal como

⁴³ A central de marcação funcionava de forma bastante precária: o sistema informatizado (ano anterior) foi substituído por um manual porque a SMS não pôde arcar com os custos; as filas são enormes. Os usuários passam a noite na fila para conseguir ficha. Além disso, constatava-se venda de fichas na fila. Em cada dia da semana eram marcadas consultas para determinadas especialidades médicas, o que significa que o usuário que precisava de consulta em especialidades diferentes tinha que retornar num outro dia.

⁴⁴ Em observação do funcionamento do Centro de Processamento de Dados do Município A, foi constatada a alteração de informações pelo responsável pelo Sistema HIPERDIA quando da entrada de dados no sistema informatizado. Tais alterações eram feitas com base em três justificativas: a) incompatibilidade entre os instrumentos de coleta e alguns campos de preenchimento do instrumento de entrada; b) mau preenchimento dos formulários pelos profissionais; c) pouca importância e uso meramente burocrático das informações, isto é, de captação de recursos do Ministério da Saúde. Esta ocorrência, inclusive, fez com que abandonássemos a proposta de utilização do HIPERDIA como uma das fontes de informação.

⁴⁵ Na época da coleta de dados, a SMS estava realizando com o apoio de uma universidade um estudo para definição de cotas de exames e consultas para as unidades de saúde da família.

vertical de informação⁴⁶. Ressalta-se, contudo, a pouca utilização das guias de referência e contra-referência. Os entrevistados referiam que os profissionais do PSF utilizavam anteriormente esse instrumento, porém, em função da não resposta do especialista, pararam de utilizar.

Diferentemente do município A, no município B observou-se maior utilização dos sistemas de informação como ferramentas de monitoramento e avaliação do sistema. As equipes de saúde da família investigadas demonstraram utilizar o SIAB na avaliação rotineira de suas atividades. A Central de Processamento de Dados possuía profissionais de elevada qualificação e tem investido no desenvolvimento de tecnologias, desenvolvendo, por exemplo, ferramenta para integração de sistemas de informação. Tais tecnologias têm sido, inclusive, utilizadas por outros municípios. Os profissionais do SAMU tiveram a iniciativa de desenvolver um programa para registro de informações que consideravam relevantes, enquanto o Ministério da Saúde não disponibilizava um sistema para ser utilizado nacionalmente. Na equipe de coordenação da atenção básica, foram destacados profissionais para realizar a interface com os sistemas de informação. Assim, a produção e utilização da informação têm importância relevada para os profissionais de saúde e equipe gestora, apesar destes considerarem que sua utilização ainda é insuficiente.

No período em que estávamos realizando o trabalho de campo, o município B estava iniciando a implantação de diversos processos organizacionais orientados para a integração dos pontos de atenção à saúde e demais componentes do sistema. Entrevistados da equipe gestora mencionavam que o sistema tinha alcançado um alto grau de estruturação, com a ampliação da oferta em diversas áreas, e que o crescimento da sua estrutura não correspondeu ao aumento dos recursos em igual escala. Assim, a necessidade de organização, ao menos em

⁴⁶ São exemplos da circulação horizontal de informação: reuniões semanais da Coordenação da Atenção Básica; reuniões quinzenais entre equipes do PSF; reuniões semanais ou quinzenais das equipes de cada USF. São exemplos da circulação vertical de informação as reuniões de profissionais das equipes de saúde da família com especialistas.

parte, estava colocada para atender a necessidades de maior eficiência e otimização dos recursos disponíveis.

No Município B, a atenção primária ocupa uma posição estratégica importante no sistema de saúde e na instituição, o que é reconhecido pelos atores. A Coordenação da Atenção Primária tem prestígio na SMS, sendo detentora de poder político, técnico e administrativo importante (grande equipe de pessoas com qualificação; acesso aos dirigentes; tem função de intermediação na interlocução com outros setores do município; função de articulação entre setores da SMS).

Apesar da centralidade que ocupa, não se pode afirmar que a atenção primária se constituía em “nó de comunicação” da rede, muito embora houvesse um esforço importante para torná-la elo de ligação entre os distintos níveis de atenção (por exemplo, a exigência de que os procedimentos fossem gerados a partir da unidade de atenção primária). Apesar disso, as entrevistas com usuários, bem como as trajetórias, puderam evidenciar a utilização de serviços pelos usuários (incluindo serviços não ofertados pelo SUS) sem integração e, mesmo, sem conhecimento dos profissionais da atenção primária.

Há evidências de maiores avanços na organização de redes de atenção quando se trata de certos agravos específicos, a exemplo de doenças sexualmente transmissíveis (onde existia um protocolo bem definido de acolhimento e encaminhamento, envolvendo uma ampla gama de instituições, tais como Delegacia da Mulher, Conselho Tutelar, entre outras). O mesmo ocorreu com relação à gravidez de alto risco, agravo em relação ao qual o município apresentava auto-suficiência em termos da prestação do cuidado, às custas dos serviços próprios. Assim, a partir de problemas específicos, o município tem conseguido avançar em relação a: estabelecimento de parcerias inter-setoriais e inter-institucionais, definição de protocolos e estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência.

❖ Integração normativa

No Município A, as evidências mostraram o não estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais do PSF e os das unidades de referência e pouco ou nenhum engajamento a um projeto de organização do sistema de saúde, de vários profissionais, em diversos níveis e pontos de atenção (entre unidade de saúde da família e hospital estadual, entre unidade de saúde da família e maternidade municipal, entre unidade de saúde da família e especialista) e a existência de problemas de confiança inter-organizacional e intra-setorial da gestão municipal.

Como ilustrações, apresentamos dois casos relatados por representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde (Anexo 4). No primeiro, a própria entrevistada procura uma unidade de saúde de atenção primária como usuária, sendo interpelada por auxiliar de enfermagem que busca apoio para solucionar o problema de falta de vacina há mais de um mês na unidade. Este problema, entretanto, não foi capaz de “mobilizar” os profissionais de diversas instâncias para solucioná-lo, sendo fato comprovado a disponibilidade do insumo no município. O segundo caso exemplar relata a história de um usuário submetido a cirurgia de próstata, com data de revisão apazada para 8 dias, que só conseguiu realizar consulta médica de revisão por intermediação de representante do CMS, passados quase 3 meses da realização desse procedimento, após uma *via crucis* entre os mais variados serviços.

Há uma associação, no Município A, de falta de um maior engajamento dos médicos com o projeto de implantação do SUS no município com uma gerência “frágil” em relação à definição e fiscalização de normas e condutas coerentes com os valores explicitados pelo projeto da reforma sanitária brasileira, que orientam, em tese, a implantação do SUS no país.

Já no município B, parece existir maior grau de compromisso com o projeto de organização do sistema de saúde. Todos os profissionais da equipe de gestão entrevistados revelaram engajamento com o projeto político do SUS e demonstraram a adoção de iniciativas

no sentido de assegurar o compromisso dos profissionais dos serviços⁴⁷, seja instituindo procedimentos de fiscalização e normatização, seja estabelecendo processos pedagógicos com discussão de problemas e busca de soluções ou de capacitações específicas, seja estabelecendo processos de escuta da satisfação dos usuários através da Ouvidoria e, também, da realização de pesquisas.

O engajamento dos profissionais foi ratificado pelo número de realizações e participação de servidores em eventos relacionados à saúde (conferências municipais), pelo funcionamento regular de conselhos locais de saúde e por diversas iniciativas, de alguns profissionais, na criação de alternativas para solução de problemas ou para melhoria da qualidade da assistência – como foi o caso da realização de capacitações voluntárias para melhoria do atendimento em serviços de emergência. A procura de trabalho no Município B por profissionais – médicos e enfermeiros – como uma escolha, às vezes deixando salários mais altos em outros municípios, foi outra evidência.

Os agentes que compõem a equipe gestora da SMS, no Município B, são profissionais que têm mesma adesão partidária, o que pode indicar um compartilhamento em relação a um projeto político-sanitário. O mesmo não foi observado no Município A, onde diversas mudanças de cargos importantes haviam ocorrido nos últimos anos, comprometendo a consolidação de um projeto coletivo capaz de se constituir como referência para a adesão e fixação de membros na equipe gestora do município.

❖ **Integração sistêmica**

As iniciativas de capacitação e de desenvolvimento de instrumentos gerenciais eram incipientes no Município A. O apoio institucional do nível municipal para a implantação da rede e, particularmente, do PSF era bastante frágil: faltavam médicos nas equipes; não havia

⁴⁷ O nível de expectativa que a equipe de condução tem em relação aos profissionais que atuam nas unidades de saúde, especialmente do PSF, é elevado. Há queixas, por exemplo, de que os profissionais não se dispõem a participar de reuniões com a comunidade à noite ou em finais de semana, agendando horários de reunião dos conselhos locais de saúde inconvenientes para a população. Isto demonstra uma expectativa em relação a compromisso com o trabalho na construção de um modelo usuário-centrado.

estabilidade das equipes de PSF; faltavam profissionais na retaguarda da atenção primária e não existia trabalho interdisciplinar; o abastecimento em termos de insumos e medicamentos era insuficiente e irregular; havia dificuldade de manutenção de equipamentos; e, finalmente, havia poucas iniciativas de implantação de estratégias de estruturação organizacional e capacitação de pessoal, ficando estas limitadas ao já estabelecido nas normas nacionais, mediante financiamento do governo federal (treinamento introdutório das equipes do PSF e capacitações de conselheiros, financiadas com recursos externos).

À falta de capacitação aliavam-se dificuldades de fixar o profissional médico no município, havendo grande rotatividade, e insuficiência de supervisão regular das unidades de saúde que, quando ocorria, tinha natureza mais administrativa que pedagógica. A insuficiência era justificada, por membro da equipe de gestão, pela ausência de infra-estrutura (carro e pessoal) para sua realização. Entretanto, para além da infra-estrutura, pôde ser constatada a existência de problemas de organização do setor de transportes.

Embora representados no CMS, os profissionais não se engajavam no planejamento das ações de saúde. Há relatos de que o interesse dos profissionais era limitado a questões corporativas, especialmente salário e jornada de trabalho. Além disso, havia pouca participação da população no planejamento municipal de saúde, ilustrada, por exemplo, pelo fato de que a coordenadora do programa de hipertensão e diabetes desconhecia a existência de representação da Associação dos Diabéticos no CMS, afirmando, ainda, não desenvolvimento de qualquer atividade conjunta com esse grupo.

No Município B, os entrevistados destacaram como fator importante na organização do SUS no município a vontade política da prefeitura municipal e da SMS ao longo das últimas gestões. Foi observada grande estabilidade da equipe de condução da SMS: os agentes que assumiam os cargos mais importantes atuavam na SMS há mais de 5 anos e, muitos deles, eram profissionais oriundos de unidades de saúde, que foram galgando posições hierárquicas

superiores ao longo do tempo. Os profissionais integrantes da equipe de gestão com funções de coordenação na atenção primária foram, na quase totalidade, profissionais que trabalhavam em equipes de saúde da família convidados para assumirem postos de gerência em razão do bom desempenho profissional.

Dentre as estratégias que vêm sendo utilizadas para estruturação do sistema de saúde no município, pode-se mencionar a busca de apoio externo, através de assessorias de profissionais e instituições reconhecidas nacionalmente, e grande investimento na formação de pessoal⁴⁸. De fato, chama a atenção, no município B, o elevado grau de qualificação dos profissionais (em função dos processos de qualificação, pelas exigências na seleção de pessoal e pela adoção de uma política de atração de profissionais “escolhidos a dedo”⁴⁹). O alto grau de normatização, aliado a um processo de fiscalização bem estruturado (auditoria) com peso político importante na SMS, alia-se a processos de supervisão que privilegiam a discussão dos problemas e dificuldades, mas que exigem, ao mesmo tempo, dos profissionais, o cumprimento das atribuições. Contudo, como no Município A, observou-se, também, grande rotatividade dos profissionais e houve referência a problemas de abastecimento da rede em relação a insumos e medicamentos de forma transitória e eventual, além de dificuldade relacionada à manutenção física das unidades de saúde

No município B, se observou a implementação de processos organizacionais nos serviços de saúde, contando com a participação de diversos profissionais e níveis de gestão. O principal exemplo foi a experiência do planejamento participativo em uma unidade hospitalar, tida como experiência piloto a ser estendida para as demais unidades municipais de saúde, com levantamento e discussão de problemas de cada setor, com o propósito de construir

⁴⁸ São evidências do grande investimento na qualificação formal dos profissionais as diversas iniciativas de cursos de capacitação, grande envolvimento no Pólo de Capacitação em Saúde da Família e investimento em estruturação de programas visando a construção de autonomia do município na qualificação de profissionais de saúde.

⁴⁹ Pôde-se observar a atração de profissionais não só de Salvador, mas de outras regiões do país. Assim, evidencia-se uma via de mão dupla – “bons profissionais que vão atrás de boas condições de trabalho”.

coletivamente alternativas para os problemas e redefinir as normas de funcionamento no âmbito da unidade. Esse processo era percebido como uma experiência de aprendizado coletivo. Observou-se, também, a existência de processos decisórios mais participativos, a exemplo da rotina de inclusão da presença, em reuniões de coordenação da atenção primária, de representantes dos setores implicados na interface com as atividades da atenção primária, em função do tema abordado.

Finalmente, diferentemente do município A, houve referência a confiança entre organizações no âmbito da SMS. Os profissionais afirmaram que não havia dificuldades no desenvolvimento das relações intra-organizacionais. Entretanto, o mesmo não ocorria quando se tratava de outras secretarias ou de serviços não pertencentes à prefeitura.

4. Discussão

De acordo com a Anaes (2001) a primeira questão a discutir num processo de avaliação de redes é a pertinência dos indicadores utilizados. Assim, cabe indagar, antes de tudo, quais os limites dos critérios e estratégias adotados nesta pesquisa para avaliação do grau implantação.

Um primeiro aspecto que chama a atenção diz respeito à discrepância de resultados na comparação entre os municípios, ao se considerar as estimativas quantitativas versus os mecanismos de integração observados. Isto porque se, por um lado, o município B apresentou desempenho superior ao Município A, por outro, a análise dos mecanismos de integração parece sugerir que a brecha desse distanciamento deveria ser maior. Dentre as várias possibilidades de explicação desse achado aparentemente contraditório, gostaríamos de discutir duas, que nos parecem mais relevantes: a primeira, diz respeito aos limites metodológicos, especialmente, da análise quantitativa; a segunda, aponta na direção da compreensão das razões da aparente incongruência desses resultados.

Inicialmente, vale a pena fundamentar a opção metodológica de eleger o estudo de trajetórias para aplicar os critérios de mensuração do grau de implantação de redes, considerando que os sujeitos que não tiveram seus problemas resolvidos no âmbito da atenção primária corresponderiam, justamente, aos casos de insucesso de intervenção nesse âmbito e, portanto, com maiores probabilidades de influenciarem negativamente os escores em ambos os municípios. Isto justificaria não apenas baixas pontuações, como, também, ausência de discriminação entre situações distintas, uma vez que estariam sendo evidenciados mais os problemas que as possíveis inovações em termos da implantação de redes de saúde.

Merecem ser feitas as seguintes ressalvas:

- ❖ Não houve qualquer procedimento orientado para a busca de “fracassos” em termos da prestação do cuidado na unidade de saúde da família⁵⁰, nem tampouco para exclusão desses tipos de caso. Antes, seria importante observar se havia relação entre estas duas eventualidades, até porque se pretendia mensurar a implantação de redes orientadas pela atenção primária. Os resultados evidenciaram, contudo, que ambos os municípios apresentaram escores elevados em critérios intimamente relacionados com as intervenções executadas no âmbito da atenção primária (critérios 2 e 3 da dimensão “acessibilidade a atenção primária” e critérios 1, 3 e 4 da dimensão “qualidade do atendimento”).
- ❖ As equipes selecionadas para o estudo em ambos os municípios eram equipes consideradas de excelência de desempenho. Portanto, é também esperado que isto tenha produzido uma certa “compensação” do efeito negativo das trajetórias, uma vez que seria mais provável identificar inovações no sentido da organização de redes em usuários vinculados às melhores unidades de saúde da família que a outras quaisquer.
- ❖ Vale considerar que, ainda que o internamento ou a busca de um serviço de emergência seja um evento indesejável para um hipertenso ou diabético, é previsível sua ocorrência

⁵⁰ Por exemplo, paciente com acompanhamento irregular, ou resistente ao tratamento, ou com período curto de acompanhamento etc.

(mesmo porque em situações de elevada resolubilidade da atenção primária se restringiria a casos clinicamente mais complexos) e é justamente isto que confere sentido à organização do sistema de saúde e integração de serviços em rede; assim sendo, pode-se mesmo afirmar que a existência da rede se justifica pela presunção do “indesejado”; nesse caso, o estudo da itinerários de usuários a partir de eventos-sentinelas revela-se uma opção adequada para elucidar problemas e identificar nós críticos da rede (Vieira-da-Silva et. al, 2002b) e, por isso, têm sido sugeridos na avaliação de redes (Anaes, 1999 e 2001).

❖ Por fim, vale mencionar que a opção pela estratégia de estudo de trajetórias pode mesmo representar um viés de seleção, na direção do aumento dos escores, considerando o conjunto da população, em relação às dimensões “acessibilidade a todos os níveis do sistema” e, em especial, “acessibilidade à atenção primária”, uma vez que todos os casos estudados foram obtidos apenas a partir de usuários de equipes de saúde da família. Outras evidências em relação a esses critérios foram levantadas a partir das entrevistas e dados secundários, entretanto não foram utilizadas para mensurar os critérios e corrigir os valores obtidos, constituindo-se numa limitação deste estudo.

Ainda com relação a limites metodológicos, vale mencionar que os critérios relacionados a “qualidade do atendimento” não abordaram critérios específicos dos procedimentos realizados, que dizem respeito à qualidade técnico-científica. A não mensuração de inadequações de conduta pode ter feito com que os escores estejam superestimados nesta dimensão, em um ou ambos municípios, em relação ao esperado, caso outros critérios tivessem sido incorporados na análise. Nossa suposição é de que isto tenha, efetivamente, ocorrido⁵¹.

Uma hipótese que não deve ser descartada é a de que a aparente incongruência entre as pontuações dos municípios e as evidências relativas aos mecanismos de implantação pode

⁵¹ Algumas evidências foram por demais ilustrativas, como a avaliação diagnóstica de gestação de alto risco por auxiliar de enfermagem.

estar traduzindo o fato de que as iniciativas de criação de mecanismos de integração (nitidamente identificadas no município B) ainda não tenham conseguido produzir os efeitos esperados na qualidade da atenção, senso amplo. Isto é, não têm expressão na singularidade do encontro do usuário com o sistema de saúde, momento último de identificação da existência da própria rede. Ou seja, poderíamos falar de uma “rede em potencial” definida pelas possibilidades de ligação entre os diversos pontos de atenção e atores, dentro e fora do sistema de saúde, e uma “rede real” que só pode ser construída no momento em que o encontro entre usuário e sistema se estabelece, e só poderia ser evidenciada concomitante ou retrospectivamente.

Nesse sentido, a mensuração dos critérios adquire nuances muito particulares porque, por um lado, o recurso à utilização de trajetórias permite a objetivação dos critérios analisados; por outro, é necessário um certo distanciamento para apreender as múltiplas possibilidades e inter-relações que influenciam o atendimento do critério; por um lado, as condições de sua exequibilidade podem ser aferidas pela composição de vários indicadores; por outro, a efetividade do seu cumprimento só pode ser aferida no momento exato em que o usuário busca o serviço de saúde.

A análise das trajetórias possibilitou, ainda, constatar que o desempenho em relação a cada critério é função de um conjunto de variáveis, revelando ser a integração uma questão de alto nível de complexidade. O problema que o paciente apresenta, por exemplo, faz variar a acessibilidade tanto à atenção primária quanto a outros níveis. O tipo de usuário, também. Há indícios de que usuários de maior capital econômico e cultural apresentam mais facilidade em circular no sistema de saúde. Ou seja, o poder aquisitivo, a capacidade de expressar-se, de exigir seus direitos, capacidade de articulação e de buscar alternativas ampliam o leque de possibilidades de acesso e parecem exercer influência no sucesso ou insucesso da trajetória do paciente na rede. Este achado é coerente com resultados de relatório baseado em 30 projetos

de pesquisa em andamento no Québec, que afirma que características relacionadas aos grupos de usuários tiveram importância como fatores explicativos dos efeitos relacionados a acessibilidade, continuidade e integralidade da atenção (Pineault et al, 2005).

Os resultados globais em relação à dimensão “acessibilidade a todos os níveis do sistema” foram coerentes com o observado em relação ao desenho da rede, no sentido de que o Município B apresentou oferta, variedade e cobertura de serviços consideravelmente superior ao Município A. Entretanto, a mera existência é condição necessária mas não suficiente para garantir o acesso. Nesse estudo, a oportunidade do atendimento revelou-se como um ponto crítico, tendo em vista, inclusive, os possíveis efeitos do diagnóstico ou tratamento tardios no prognóstico de doenças. O Município B apresentou um desempenho significativamente superior ao Município A, sugerindo que os mecanismos de integração (especialmente aqueles relacionados à integração funcional e a implantação do acolhimento da alta complexidade) estão sendo capazes de promover uma maior acessibilidade do usuário ao sistema de saúde como um todo. Todavia, num patamar ainda insatisfatório. Aqui vale a pena destacar a existência de constrangimentos organizacionais do sistema de saúde fora do âmbito municipal (contexto institucional estadual e nacional).

De acordo com os resultados do estudo, a acessibilidade à atenção primária não seria um problema se o critério “o usuário dispõe de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária” não fosse incluído na avaliação. Apesar dessa situação talvez não ser compatível com a realidade da maioria dos municípios brasileiros, a opção em manter o critério baseou-se no fato de que os serviços de urgência e emergência são importantes pontos de atenção do sistema de saúde constituindo-se, muitas vezes, em porta de entrada.

Ainda que os modelos de organização de serviços no Brasil não incluam esta característica (diferentemente de outros países como o Canadá), a criação de postos de pronto-atendimento e o estabelecimento de vínculos entre esse tipo de serviço e pontos de atenção

primária parece ser um desafio na organização de sistemas municipais de saúde no Brasil. Em 1994, ao analisar a situação de Salvador, Paim (1994) já assinalava a necessidade de organizar as unidades de saúde, garantindo o correto pronto-atendimento, ao assegurar a sua integração aos demais setores responsáveis pela prestação de cuidados preventivos, curativos e educativos. A relação entre acessibilidade à atenção primária e utilização de serviços de emergência também vem sendo identificada em estudos realizados no Canadá (Pineault et al, 2005) e Reino Unido (Rogers e Sheaff, 2000).

No estudo das trajetórias pôde-se observar que vários usuários buscaram serviços de emergência, tanto fora dos horários de atendimento regular das USF quanto em horários em que supostamente o médico estaria na USF, mas lá não se encontrava. Estudo realizado em Petrópolis (Macinko, et al., 2004) mostrou pior acesso à atenção primária em unidades de saúde da família em comparação com unidades tradicionais, por estas funcionarem em finais de semana. Assim, especialmente ao tratar a organização da atenção primária em grandes centros urbanos, é importante ter em consideração uma organização de horários de atendimento mais compatível com o tamanho da população e uma oferta de serviços mais adequada às necessidades dos usuários e de organização do sistema de saúde como um todo.

Ainda em relação à dimensão “acessibilidade à atenção primária”, cabe considerar que o fato de terem sido construídas trajetórias a partir das USF exemplares provavelmente influenciou bastante a pontuação favorável em relação a este critério, especialmente no Município A, que apresentava menor cobertura do PSF e 33% das equipes sem médico na ocasião da coleta. Configura-se, assim, a existência de barreiras externas e organizacionais que não foram mensuradas através dos procedimentos adotados, mas que foram percebidas através de outros meios e devem ser consideradas na relativização dos resultados.

A análise do funcionamento das redes municipais de saúde permitiu evidenciar que a atenção primária, embora importante enquanto componente do sistema de saúde, não

funciona, em ambos os municípios, como centro de comunicação, no sentido atribuído por Mendes (2005). Isto significa que não existe coordenação das ações a partir da atenção primária à saúde. De fato, a dimensão de menor pontuação foi “coordenação”, às custas, especialmente, dos aspectos relacionados às relações entre serviços. Estudo realizado em Petrópolis que mensurou esta dimensão (Macinko et al., 2003) apresentou escore superior ao nosso (em torno de 3,5 numa escala de 5) sem diferenças significativas entre unidades tradicionais e USF. Entretanto, a comparação dos resultados torna-se difícil em função das diferenças metodológicas.

Em revisão de literatura relacionada a estudos sobre coordenação, Starfield (2004) concluiu que, em sua maioria, a coordenação da atenção era considerada fraca. Problemas de transferência de informações entre médicos da atenção primária e especialistas foram observados em países com características de atenção primária diferentes. Mesmo em países desenvolvidos (como a Grã-Bretanha), uma grande proporção das guias de encaminhamento omitia informações como terapia medicamentosa e doenças anteriores. Em um dos estudos, o motivo para encaminhamento ao especialista era mencionado em apenas 25% dos casos. Já o estudo de Touati (2001) sobre integração de serviços em área rural do Canadá apresentou resultados diferentes, mostrando uma grande integração clínica entre profissionais. Entretanto, esta se dá em um contexto muito particular de área rural, sendo sustentada por fatores como o trabalho simultâneo dos médicos nos diversos tipos de serviço e uma grande participação destes em fóruns específicos da categoria.

Foi interessante observar que a disponibilidade de instrumentos de comunicação (guias de referência e contra-referência e telefone) parece não ter influenciado os escores, uma vez que as pontuações foram sistematicamente baixas, independente da localização da unidade ou município. Este achado parece ser coerente com as conclusões pontuadas por Starfield (2004) em relação a baixos índices de coordenação em situações distintas. Isto nos faz crer que as

razões do baixo desempenho dos municípios, nesta dimensão, estão mais relacionadas à atuação do profissional de saúde - o papel que assume, seu engajamento a um projeto institucional, suas concepções e disposições - que a existência de ferramentas gerenciais. De fato, a análise dos mecanismos de integração revelou grande fragilidade de integração clínica entre profissionais de unidades de atenção distintas, mesmo no município B onde se evidenciava maior engajamento dos profissionais e confiança intra-organizacional. Resultado semelhante foi observado no Reino Unido, onde há evidências de alto grau de integração funcional e baixo grau de integração clínica (Rogers e Sheaff, 2000).

Outro critério que apresenta relação intrínseca com a atuação profissional refere-se ao esclarecimento do usuário quanto às opções terapêuticas. Foi constatada uma discrepância de resultados quando analisados os usuários incluídos nas trajetórias e aqueles entrevistados nas USF. Algumas hipóteses podem ser levantadas: por um lado, nas USF, o viés da presença do pesquisador na unidade pode ter influenciado a qualidade do atendimento prestado no dia da entrevista; por outro lado, os usuários que passaram por diversos serviços, em geral com dificuldades de acesso ao sistema, como observado, são submetidos a informações de diferentes profissionais e, certamente, isto influencia a percepção e o grau de esclarecimento, uma vez que não existe uma ação coordenada entre os serviços de saúde.

Vale ressaltar que assumimos uma interpretação particular desse critério, distinta do significado que lhe é atribuído nos estudos realizados na Inglaterra e Canadá. Isto porque, nesses países, onde o sistema é subsidiado pelo Estado mas a oferta dos serviços à população se faz mediante clínicas privadas, a “escolha terapêutica” dos indivíduos reporta-se à escolha do provedor, sendo o princípio de escolha fortemente sustentado pelo princípio da regulação de mercado (liberdade do consumidor e estímulo à competitividade, favorecendo melhoria de qualidade). Nossa interpretação, para aplicação ao caso brasileiro, fez-nos traduzir a “escolha terapêutica” em termos da capacidade da co-participação do usuário nas decisões terapêuticas

relacionadas ao seu processo saúde-doença, avaliadas no espaço de comunicação estabelecido entre este e o profissional.

Nos termos colocados, houve dificuldade de avaliação desse critério. Há, entre a maioria dos entrevistados das USF, um elevado grau de satisfação em relação aos profissionais que se mostram “calmos”, “receptivos”, “pacientes” “atenciosos”. Entretanto, foi difícil mensurar o grau de esclarecimento do processo saúde-doença, posto que a apropriação da informação prestada pelo profissional de saúde é mediada pela própria representação de doença, da sua doença, pelo “paciente”. A pouca compatibilidade dos modelos não foi explorada neste estudo, mas aflorou na análise deste critério. Se considerarmos que a autonomia do usuário e a decisão compartilhada são princípios de um novo projeto ético-político da saúde, coloca-se um problema anterior ao problema das escolhas que é a necessidade de estabelecimento de uma linguagem mediadora entre os modelos. Uma linguagem que não signifique meramente a “simplificação” dos pressupostos e prescrições do modelo médico. É preciso estabelecer, antes de tudo, intermediações entre “mundos da vida” diferentes, para que as expressões se transformem em códigos minimamente inteligíveis. Nesse sentido, parece haver “informação” e “projeto terapêutico” (do médico) e “escolha” (do paciente), mas nem sempre há relação entre uma e outra, justamente pela inexistência de comunicação dialógica, ainda que haja interação, esta última principal responsável pela fidelidade e reverência com que os “pacientes” ouvem o discurso médico⁵² nas unidades de saúde da família.

⁵² A escuta na unidade de saúde deve ser vista como uma dupla escuta – do profissional de saúde em relação ao usuário – e deste em relação aos profissionais de saúde. Parece-nos que os projetos de reforma têm confundido “escuta” com “humanização” e, ainda que esta seja uma dimensão essencial das relações no âmbito dos serviços de saúde e seja um alicerce fundamental do resgate do princípio de cidadania, do reconhecimento e respeito ao outro e da solidariedade num projeto renovado da Saúde (bem e direito humano), para a escuta não é suficiente a humanização. No processo de comunicação, a humanização recorta apenas a dimensão do “ouvir”, não a do “escutar”. Ouvir significa reconhecer, tolerar, interagir com a fala do outro. Escutar implica na capacidade de dialogar, re-significar, discordar e escolher.

5. Comentários Finais

Este estudo teve o propósito de avaliar a implantação de redes de atenção à saúde orientadas pela atenção primária, a partir da descrição dos seus componentes, da análise de trajetórias e identificação dos mecanismos adotados (ou não) na sua organização.

Os resultados dos estudos de caso mostraram distanciamento entre a realidade dos sistemas de saúde investigados e o modelo teórico-lógico construído, não se constituindo a atenção primária em centro de comunicação do sistema, mesmo em situações de maior acessibilidade a todos os níveis de atenção, onde, inclusive, ela funciona como principal porta de entrada.

A utilização combinada da proposta de sistematização de Mendes (2005), da arquitetura teórico-metodológica de Contandriopoulos (2001) e dos critérios de Leatt et al. (2000) demonstraram vantagens e complementaridades na avaliação, através da mensuração e compreensão do processo de construção de redes de atenção à saúde e, segundo pensamos, têm aplicabilidade na realidade brasileira. Contudo, alguns ajustes merecem ser feitos para seu aprimoramento.

Em relação à dimensão “qualidade do atendimento”, caberia a agregação de outros critérios tendo em vista, principalmente, a mensuração da qualidade técnico-científica dos procedimentos. No que diz respeito às dimensões relacionadas à acessibilidade, é importante elaborar uma proposta de correção dos escores obtidos através do estudo das trajetórias, a partir de evidências levantadas através de outros meios.

Particularmente em relação aos eventos-sentinela, seria fundamental, também, ampliar a amostragem em tamanho e representatividade de diferentes estratos e problemas de saúde, de modo a permitir a estimativa de padrões locais de funcionamento entre os nós da rede.

A análise das trajetórias revelou uma intrincada rede de relações entre serviços de natureza, densidade tecnológica e competências distintas, mas, também, com diferentes

modalidades de organização (inclusive de normatização), engajamento e interesses diferentes dos atores na relação com o usuário e com a rede. Esses fatores, aliados e produtores de uma variedade de fluxos e contra-fluxos conformam a “rede”, enquanto unicidade, como uma organização de elevadíssimo grau de complexidade.

A complexidade das relações - dos serviços entre si e dos serviços com os usuários - se expressa em cada trajetória, com a peculiaridade dada pela singularidade do “caso”, do sujeito e de sua história. A trajetória é uma das múltiplas possibilidades de configuração da rede; a rede é sempre virtual enquanto “potencialidade” de relações e fluxos. Ela só se concretiza na trajetória de um paciente singular. Portanto, o sucesso e insucesso são, sempre, possibilidades verificáveis da virtualidade da rede. Por outro lado, é importante assumir que, se os atores são múltiplos e com distintos interesses, os agentes são diversos, entre si e em si próprios, dado que, enquanto sujeitos, não respondem sempre da mesma forma sequer em situações semelhantes, quanto mais em situações distintas. Como Bourdieu (1994) assinala, os agentes assumem diferentes papéis em posições diferentes. Os profissionais não se comportam da mesma forma, nem estabelecem necessariamente as mesmas relações em situações diferentes ou semelhantes.

Considerando a temporalidade e diversidade de variações incontroláveis (porque infinitas e imprevisíveis no real) e a importância dos atores e agentes na transformação das potencialidades em realidades, os processos de reforma e as intervenções em saúde precisam investir na implementação e análise de mecanismos de regulação do sistema de saúde que influenciem favoravelmente os desfechos e o desempenho global, na construção de redes de atenção à saúde efetivamente orientadas, no plano organizacional, pela atenção primária, e no plano simbólico por valores de democracia e responsabilidade sanitária.

6. Referências bibliográficas

1. ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EM SANTÉ (1999). *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Paris, ANAES.
2. ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EM SANTÉ (2001). *Evaluation des réseaux de soins: bilan de l'existant & cadre methodologique. Mission evaluation reseaux de soins*. Paris, ANAES
3. ARAÚJO, C.L.F. (2003). A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHERO, R. e MATTOS, R.A. (orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS/UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro p.145-168.
4. BENSON, J.K. (1975) The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quaterly*, 20(2):229-249.
5. BOURDIEU, P. (1994) *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil, 245p.
6. BOURDIEU, P. (1998). *O poder simbólico*. Lisboa / Rio de Janeiro, DIFEL / BETRAN BRASIL 311p.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006) DATASUS. Informações de saúde. Disponível m <http://www.datasus.gov.br> [Dados capturados no último trimestre de 2005 e primeiro trimestre de 2006]
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002) Portaria 1101/GM. (*publicada no D.O.U de 13/06/2002*) Disponível em [http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) [Capturado em 22/02/2006]
9. BROWN, A.D.; GOLDACRE, M.J.; HICKS, N.; ROURKE, J.T.; MCMURTRY, R.Y.; BROWN, J.D.; ANDERSOMN, G.M. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Candian Journal of Public Health*, 92 (2): 155-159.
10. CAMPOS, C.E.A. (2003) O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 569-584.
11. CECÍLIO, L.C.O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHERO, R. e MATTOS, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. IMS/UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, p. 113-126.
12. CONILL, E.M. (2002). Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasi, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, 18 supl:191-202.
13. CONTANDRIOPOULOS, A.-P. ; DE POUVOURVILLE, G., POUILLIER , J.-P. ; CONTANDRIOPOULOS, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie: les systhèmes de santé au XXIe siècle. In: POMEY, M.-P., POUILLIER, J.-P., LEJEUNE,

- B. *Santé Publique – État des lieux, enjeux et perspectives*, Éditions Ellipses, Paris, p. 637-667.
14. CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; DENIS, J.-L.; TOUATI, N.; RODRIGUEZ, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures*, 8 (2): 38-52.
 15. CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2003) Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*, 5(1):42-57.
 16. FAULKNER, A.; MILLS, N.; BAINTON D.; BAXTER, K.; KINNERSLEY, P.; PETERS, T.J.; SHARP, D. (2003). A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 53: 878-884.
 17. GIOVANELA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONIL, E.M.; CUNHA, E.M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26 (60): 37-61, Rio de Janeiro.
 18. HARTZ, Z. M.A. e CONTANDRIOPOULOS, A.P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, 20, supl.2:331-336.
 19. HERNANDEZ, S.R. (2000). Horizontal and vertical healthcare integration : lessons learned from the United States. *Health Papers*, 1: 59-65.
 20. KESSNER, D.M., KALK, C., SINGER, J. (1973). Assessing health quality: a case of tracer. *New England J. Med.* 288:189-94,
 21. LAMARCHE, P.A. ; BEAULIEU, M-D. ; PINEAULT, R ; CONTANDRIOPOULOS, A-P. ; DENIS, J-L ; HAGGERT, J. (2003) *Synthèse des politiques sur les services de santé de première ligne. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal. Mars, (sous presse)*
 22. LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Health Papers*, 1: 13-36.
 23. MACINKO, J; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. (2003). Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, , 27(65): 243-256.
 24. MACINKO, J; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E.S; SÁ, P.K. (2004). Organization and delivery of primary care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of health planning and management*: 19: 303-317.
 25. MATTOS, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHERO, R. & MATTOS, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade*. IMS/UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, p. 39-64
 26. MCCOLL, A.; RODERICK, P.; GABBAY, J.; SMITH, H.; MOORE, M. (1998) Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*, 317:1354-1360.

27. MELO, C.R.F. (2000) Partidos e migração partidária na Câmara dos Deputados. *Dados*, 43, (2), p.00-00.
28. MENDES E.V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Coleção Saúde Coletiva. Tomo II. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001 (135 p.)
29. MENDES E.V. (2005). *Redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte (mimeo)
30. PAIM, J.S (1994) A organização da atenção à saúde para urgência/emergência. In: VIEIRA-DA-SILVA, L.M.V.(org) *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador, Centro Editorial Didático / Universidade Federal da Bahia. p149-168.
31. PINEAULT, R.; TOUSIGNANT, P.; ROBERGE, D.; LAMARCHE, P. ; REINHARZ, D. ; LAROUCHE, D. ; BEAULNE, G. ; LESAGE, D. (2005) *Research collective on the organization of primary care services in Québec*. Québec. Direction de santé publique. Agence de développement de réseaux locaux. [Detailed Report]
32. PINHEIRO, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. IMS/UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, p. 65 -112.
33. RICO, A. (2002). *Organizational re-structuring in European health care: interorganizational coordination and the role of primary care*. [paper prepared for the Oslo 2002 Meeting of the European EU Cost A-15 network, Welfare reforms for the 21 century, 5-6 April 2002]
34. RODRIGUES, L.M. (2002) *Partidos, Ideologia e Composição Social: Um Estudo das Bancadas Partidárias na Câmara dos Deputados*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
35. RODRÍGUEZ, C. (2003) Scénarios d'intégration: le cas de CLSC urbains, une mission impossible? *Ruptures* : 9(2): 92-109.
36. ROGERS, A. & SHEAFF, R. (2000). Formal and informal systems of primary healthcare in an integrated system: evidence from the United Kingdom. *Health Papers*, 1: 47-58.
37. ROVERE, M. (2000). *Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Rosario, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario (174p)
38. SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47:28-35, 1995.
39. SHINKAI, R.S.A. e Del Bel Cury, A.A. (2000) O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 16 (4): 1099-1109.
40. SHORTELL, S.M.; GILLIES,R.R.; ANDERSON, D.A.; MITCHELL, J.B.; MORGAN, K.L. (1993) Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital & Health Services Administration*, 38 (4): 447-466.

41. SILVESTRE, J.A. e COSTA-NETO, M.M. (2003) Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de. Saúde Pública*, 19 (3): 839-847.
42. STARFIELD, B. (2004). *Atenção primária; equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília, UNESCO / Ministério da Saúde. 726 p.
43. STARFIELD, B.; SHI, I.; MACINKO, J. (2005) *Contribution of primary care to health systems and health*. The Milbank Quarterly, 83(3): 457-502. Milbank Memorial Fund. published by Blackwell Publisng.
44. TANAKA, O.Y.; FURTADO, L.A. (1998) Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*, 32(6): 587-95.
45. TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas (1997). In: Merhy & Onocko, R. *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, p.17-70.
46. TOUATI, N.; A.-P. CONTANDRIOPOULOS; DENIS, J.L.; RODRIGUEZ, R.; SICOTTE, C.; NGUYEN, H. (2005). Uma experiência de integração dos atendimentos médicos em uma zona rural: os desafios da implantação. In: 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*. Salvador / Rio de Janeiro, FIOCRUZ / EDUFBA. p.255-275.
47. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.V. ; HARTZ, Z.; PAIM, J.; CHAVES, S.C.L.; PACHECO, F.; SILVA, G.P.A.; LOPES, R.M. (2002a). *Análise de implantação da gestão descentralizada da atenção à saúde na Bahia*. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva centro colaborador do Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde [Relatório final de pesquisa]
48. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.V. ; HARTZ, Z.; PAIM, J.; CHAVES, S.C.L.; PACHECO, F.; SILVA, G.P.A.; LOPES, R.M. (2002b). *Análise de implantação da gestão descentralizada da atenção à saúde na Bahia: utilização de condições traçadoras..* Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva centro colaborador do Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde [Relatório final de pesquisa]
49. YIN, R.K (1993). Case study designs for evaluating high-risk youth programs: the program dictates the design. In: YIN (org.) *Applications of case study research*. Newbury Park, Sage Publications, pp 77-93.

QUADROS

Quadro 1 – Modalidades de integração e critérios utilizados para sua avaliação

| Clínica |
|---|
| <p>Desenvolvimento de atividades articuladas – promoção, prevenção, cura e reabilitação (hipertensão e diabetes).</p> <p>Abordagem integral do indivíduo e da família, (hipertensão e diabetes), articulando a abordagem curativa com a preventiva, cuidado individual e coletivo.</p> <p>Constituição de equipes multiprofissionais que trabalham em equipe (discussão de casos pela equipe; reuniões de equipe, etc.).</p> <p>Conhecimento das complementaridades e clareza da definição de competências.</p> <p>Existência de mecanismos de gestão clínica dos casos. Circulação da informação satisfatória para o conjunto dos atores.</p> <p>Utilização de protocolos clínico-epidemiológicos.</p> <p>Discussão de casos entre profissionais de unidades distintas. Existência de protocolos clínicos.</p> |
| Funcional |
| <p>Existência de espaços reais de integração (gestão colegiada, reuniões regulares, oficinas de trabalho).</p> <p>Existência de mecanismos de uso e difusão das informações.</p> <p>Existência de mecanismos formais de comunicação entre os serviços de saúde, ágeis e oportunos.</p> <p>Implantação de ferramentas gerenciais comuns e elaboração de processos organizacionais.</p> <p>Funcionamento de centrais de marcação de consulta, exames especializados e internação.</p> <p>Medidas de garantia para a referência e contra-referência.</p> <p>Tempo adequado para encaminhamento de pacientes.</p> <p>Existência e funcionamento de sistemas de informação gerencial e de saúde.</p> <p>Controle de fluxo de pacientes para outros municípios.</p> |
| Normativa |
| <p>Compartilhamento de valores, finalidades e objetivos entre os profissionais.</p> <p>Confiança interprofissional.</p> <p>Confiança intra e interorganizacional.</p> <p>Engajamento dos profissionais.</p> <p>Engajamento dos médicos.</p> |
| Sistêmica |
| <p>Adesão e participação dos profissionais no gerenciamento local do Programa.</p> <p>Participação da população no planejamento e gerenciamento local do Programa</p> <p>Processos decisórios legítimos, transparentes e participativos.</p> <p>Instâncias colegiadas de decisão.</p> <p>Planejamento e programação municipal do Programa.</p> <p>Participação social na gestão municipal do Programa.</p> <p>Apoio institucional ao programa: apoio financeiro, apoio administrativo, capacitação dos profissionais, estabilização da equipe, formação interdisciplinar, implantação de estratégias de estruturação.</p> |

Quadro 2 – Questões propostas por Leatt et al. (2000) para avaliação de integração de serviços e critérios e dimensões utilizados na análise do grau de implantação de redes de atenção à saúde nos municípios-caso

| Questões de Leatt et al. “O paciente...” | Critérios [incorporando alguns ajustes de tradução de Hartz e Contandiopoulos, 2004] “O usuário...” | Dimensões (agrupamento de critérios) |
|---|---|--|
| 1...não tem que repetir sua história de saúde em cada encontro com o provedor. | ... não precisa repetir sua história em cada atendimento na mesma unidade de saúde. | Coordenação |
| | ...não precisa repetir sua história em cada atendimento em diferentes unidades de saúde. | Coordenação |
| 2...não tem que se submeter ao mesmo teste múltiplas vezes para diferentes provedores. | ...não precisa se submeter a repetições inúteis de exames quando é atendido na mesma unidade de saúde. | Coordenação |
| | ... O paciente não precisa se submeter a repetições inúteis de exames quando é atendido em unidades diferentes de saúde. | Coordenação |
| 3...não é o meio de informação para o médico de que ele foi hospitalizado ou submetido a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, ou referido a um serviço de saúde para seguimento. | ... não é a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos. | Coordenação |
| 4...não tem que esperar em um nível de cuidado por incapacidade de um outro nível de cuidado. | ...não se restringe a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior). | Acessibilidade a todos os níveis do sistema de saúde |
| 5...tem 24 horas de acesso a um provedor de atenção primária. | ...dispõe de 24 horas de acesso a um provedor de serviços, ligado à atenção primária. | Acessibilidade à atenção primária à saúde |
| 6...tem informação clara sobre a qualidade do cuidado e resultados clínicos de modo a fazer escolhas informadas sobre opções de tratamento e provedores. | | Qualidade do atendimento |
| 7...pode agendar uma consulta com clínico, teste diagnóstico ou tratamento através de uma chamada telefônica. | ...tem acesso fácil (p.ex. por telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais. | Acessibilidade a todos os níveis do sistema de saúde |
| 8...tem uma ampla escolha de provedores de atenção primária que | ...não encontra barreiras externas para atendimento na unidade de | Acessibilidade à atenção primária |

| | | |
|---|--|---|
| são capazes de lhe dar o tempo de que necessita. | atenção primária (geográfica, econômica ou social). | à saúde |
| | ...não encontra barreiras organizacionais para atendimento na unidade de atenção primária. | Acessibilidade à atenção primária à saúde |
| | ...dispõe de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção. | Qualidade do atendimento |
| 9...apresentando doença crônica, é rotineiramente contactado para realização de testes para identificar problemas antes que eles ocorram e recebem assistência domiciliar e treinamento em auto-cuidado para maximizar sua autonomia. | ... é rotineiramente contactado para prevenir complicações de hipertensão e diabetes. | Qualidade do atendimento |
| | ...recebe apoio domiciliar e treinamento em auto-cuidado que maximize sua autonomia. | Qualidade do atendimento |

Quadro 3 – Características sócio-demográficas, políticas, epidemiológicas e de organização do sistema de saúde nos municípios-caso

| Indicadores (valores aproximados) | Município A | Município B |
|--|--|--|
| Sócio-demográficos (2000) | | |
| População | 150.000 | 300.000 |
| Densidade populacional (hab/km ²) | 180 | 80 |
| Taxa de Urbanização (%) | 85 | 85 |
| População menor de 29 anos (%) | 60 | 60 |
| IDH | 0,8 | 0,8 |
| % de pessoas vivendo com a renda per capita menor que R\$75,50 | 44 | 42 |
| % da pop > 25 anos analfabeta | 17 | 24 |
| % da pop > 25 anos analfabeta funcional | 35 | 44 |
| % de domicílios sem abastecimento de água da rede geral | 15 | 21 |
| % de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto | 68 | 65 |
| % de domicílios sem coleta pública de lixo | 25 | 17 |
| Políticos (2000 e 2004) | | |
| Continuidade administrativa da prefeitura | SIM | SIM |
| Alianças político-partidárias estáveis | NÃO | SIM |
| Identidade ideológica das alianças | NÃO | SIM |
| % de vereadores de partidos coligados para eleição da atual gestão municipal | 27,3 | 50,0 |
| Epidemiológicos | | |
| Principais causas de morbidade hospitalar (jan a out de 2005) | 1º - Ap. digestivo 2º - C. Externas 3º - Ap. Circulatório | 1º - Ap. Respiratório 2º - Causas Externas 3º - Ap. Digestivo |
| Mortalidade proporcional em 2003 (%) | D. Cardíacas (25) C. mal definidas (18) D. endóc e met (10) Neoplasias (10) | C. mal definidas (28) D. cardíacas (21) C. externas (13) Neoplasias (9) |
| Taxa de mortalidade infantil (2003) | 27 / 1000NV | 21 / 1000NV |
| Organização do sistema de saúde | | |
| Continuidade administrativa da SMS | 4 gestores em 5 anos | 2 gestores em 5 anos |
| Habilitação na GPSM | SIM | SIM |
| Gasto com saúde per capita (2003) (R\$) | 100 | 165 |
| % de gastos do tesouro municipal com saúde (2004) | 17 | 16 |
| % das despesas com saúde na atenção básica (2004) | 60 | 33 |
| Cobertura PSF | 49 | 63 |

Fontes: IBGE, PNUD, DATASUS, TSE e entrevistas.

Quadro 4 - Número de unidades de saúde por tipo e prestador nos dois municípios-caso, Bahia, 2005

| Tipo de unidade | Município A | | | | | | Município B | | | | | |
|---|-----------------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Esfera Administrativa | | | | Total SUS | Total | Esfera Administrativa | | | | Total SUS | Total |
| | Público | | Privado | | | | Público | | Privado | | | |
| | Est. | Mun. | Contr. | Não Contr. | Est. | Mun. | Contr. | Não Contr. | | | | |
| Unidade básica de saúde | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 | 25 | 0 | 32 | 0 | 0 | 32 | 32 |
| USF | 0 | 21 | 0 | 0 | 21 | 21 | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 | 25 |
| Tradicional | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 | 7 |
| Posto de saúde | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 26 | 0 | 1 | 26 | 27 |
| Centro de parto normal (isolado) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Consultório isolado | 0 | 0 | 0 | 56 | 0 | 56 | 0 | 0 | 1 | 157 | 1 | 158 |
| Clínica/ambulatório de especialidade | 1 | 0 | 5 | 6 | 6 | 12 | 1 | 8 | 7 | 44 | 16 | 60 |
| Policlínica | 1 | 0 | 4 | 10 | 5 | 15 | 1 | 0 | 0 | 13 | 1 | 14 |
| Unidade de apoio para diagnose e terapia (SADT isolado) | 0 | 1 | 10 | 5 | 11 | 16 | 0 | 1 | 7 | 9 | 8 | 17 |
| Hospital especializado | 0 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 8 |
| Hospital geral | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 5 | 0 | 6 | 6 |
| Hospital-dia – isolado | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Pronto socorro geral | | | | | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Unidade móvel terrestre | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Unidade móvel pré-hospitalar de urgência/emergência | | | | | | | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| Total | 3 | 30 | 22 | 80 | 55 | 135 | 4 | 75 | 23 | 229 | 102 | 331 |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [site do DATASUS, capturado em 26 de janeiro de 2006]

Quadro 5 – Número de leitos segundo tipo e serviços especializados selecionados, de acordo com clientela, nos municípios A e B, Bahia, 2006

| Tipo de Leito | Município A | | | Município B | | |
|--------------------------------------|-------------|-----------|------------|-------------|------------|-------------|
| | SUS | Não SUS | Total | SUS | Não SUS | Total |
| Cirúrgico | 36 | 8 | 44 | 143 | 116 | 259 |
| Clínico | 28 | 9 | 37 | 168 | 50 | 218 |
| Obstetrícia | 48 | 13 | 61 | 139 | 27 | 166 |
| Pediatria Clínica | 20 | 20 | 40 | 304 | 34 | 338 |
| Crônicos | 0 | 0 | 0 | 15 | 2 | 17 |
| Psiquiatria | 5 | 0 | 5 | 64 | 0 | 64 |
| UTI Adulto | 0 | 5 | 5 | 8 | 9 | 17 |
| Unidade Intermediária | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| UTI Infantil | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| UTI Neonatal | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Unidade de Interação Neonatal | 8 | 0 | 8 | 9 | 0 | 9 |
| Unidade de Isolamento | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Total de leitos | 145 | 59 | 204 | 862 | 238 | 1100 |
| Serviços Especializados Selecionados | | | | | | |
| Emergência | 7 | 4 | 11 | 13 | 1 | 14 |
| Neurocirurgia | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Quimioterapia | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| Radioterapia | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Ressonância Magnética | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Tomografia Computadorizada | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| Videolaparoscopia | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 | 7 |
| Total | 7 | 8 | 17 | 22 | 8 | 30 |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2006.

Quadro 6 – Alguns indicadores de cobertura das redes de atenção à saúde nos dois municípios-caso, Bahia, 2000 a 2004

| Indicador | Município | Ano | | | | |
|---|-----------|--------------|--------------|------|------|------|
| | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Cobertura populacional do PSF | A | 4,9 | 26,2 | 42,5 | 47,1 | 48,8 |
| | B | 42,8 | 53,4 | 52,8 | 58,5 | 63,4 |
| Consultas médicas básicas / habitante | A | 0,32 | 0,50 | 0,75 | 0,85 | 0,70 |
| | B | 0,69 | 0,87 | 0,92 | 0,82 | 0,88 |
| Proporção de NV de gestantes com 4 ou mais consultas de pré-natal | A | 0,66 | 0,63 | 0,70 | 0,77 | --- |
| | B | 0,74 | 0,81 | 0,75 | 0,75 | --- |
| Procedimentos especializados / habitante | A | 2,81 | 3,10 | 3,51 | 3,77 | 3,92 |
| | B | 3,58 | 4,33 | 4,77 | 4,43 | 4,90 |
| Procedimentos de alta complexidade / habitante | A | sem registro | sem registro | 0,03 | 0,09 | 0,17 |
| | B | 0,14 | 0,19 | 0,24 | 0,47 | 0,66 |

Fonte: SIA-SUS, SIAB, SINASC e site do Pacto da Atenção Básica [DATASUS capturado em 26 de janeiro de 2006]

Quadro 7 – Componentes das redes de atenção à saúde* nos dois municípios-caso, Bahia, 2006

| Componentes da Rede | Município A | Município B |
|--|---|---|
| Pontos de atenção | | |
| Complexidade da rede | Os agentes consideram que a atenção primária ainda é insuficiente, que há baixa oferta de serviços de média complexidade e restrita oferta de alta complexidade (apenas de terapia renal substitutiva). | Os agentes consideram que a atenção primária ainda é insuficiente, que há boa oferta de serviços de média complexidade e razoável oferta de serviços de alta complexidade, inclusive na área de oncologia. |
| Sistema de apoio | | |
| SADT | Os agentes consideram que há suficiência para a maioria dos exames elementares. | Os agentes consideram que há suficiência para a maioria dos exames elementares, para a maioria dos exames de média e alguns de alta complexidade. |
| Assistência farmacêutica | Os agentes referem a existência de dificuldades freqüentes na aquisição e distribuição de medicamentos. | Os agentes referem que eventual e transitoriamente há dificuldades na aquisição de medicamentos. |
| Sistema logístico | | |
| Sistema de regulação | Central de marcação de exames e consultas especializadas com quadro insuficiente de pessoal, grandes filas e pouca organização. | Central de marcação de exames e consultas especializadas informatizada, com boa estrutura física e de pessoal. |
| Tecnologias de informação | Sistemas de informação não integrados gerenciados por distintos setores. | Desenvolvimento de ferramentas de integração dos sistemas de informação e de programa próprio para registro de informações no SAMU. |
| Sistema de gestão | | |
| Espaços coletivos de negociação/pactuação/troca de informação entre os atores organizacionais | Reuniões regulares de ESF e mensais entre os coordenadores de cada USF e coordenadores da equipe de gestão. | Reuniões semanais das coordenações da atenção primária, semanais ou quinzenais das equipes de ESF, reuniões quinzenais das equipes do PSF com equipe de coordenação da atenção primária, reuniões de coordenadores de área com a equipe de condução da SMS e reunião da equipe gestora. |
| Monitoramento e avaliação | Pouca utilização de sistemas de informação para monitoramento e avaliação. | Utilização de sistemas de informação para monitoramento e avaliação do sistema tanto no nível central como nas ESF investigadas. |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Controle e auditoria | Desestruturados (1 auditor). | Bem estruturados (mais de 100 auditores). |
| Educação permanente | Iniciativas de capacitação e de desenvolvimento de instrumentos gerenciais incipientes. | Diversas iniciativas de capacitação e investimento nos processos de supervisão com desenvolvimento de instrumentos gerenciais. |

Fonte: Entrevistas com equipes de gestão e profissionais de saúde dos municípios; sistemas de informação de saúde (CNES, SIA-SUS e SIAB)

(*) Nota: Elaborado a partir das categorias propostas por Mendes (2005)

Quadro 8 – Avaliação do grau de implantação de redes de atenção à saúde nos municípios-caso a partir da análise de trajetórias

| Critério | Município A | Município B |
|--|--------------------|--------------------|
| Coordenação | 0,36 | 0,33 |
| Critério 1: O usuário não precisa repetir sua história em cada atendimento na mesma unidade de saúde. | 0,56 | 0,64 |
| Critério 2: O usuário não precisa repetir sua história em cada atendimento em diferentes unidades de saúde. | 0,13 | 0,00 |
| Critério 3: O usuário não precisa se submeter a repetições inúteis de exames quando é atendido na mesma unidade de saúde. | 1,00 | 0,86 |
| Critério 4: O usuário não precisa se submeter a repetições inúteis de exames quando é atendido em unidades diferentes de saúde. | 0,06 | 0,00 |
| Critério 5: O usuário não é a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos. | 0,06 | 0,14 |
| Acessibilidade a todos os níveis do sistema | 0,38 | 0,68 |
| Critério 1: O usuário não se restringe a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível – superior ou inferior. | 0,69 | 0,86 |
| Critério 2: O usuário tem acesso fácil (p. ex. por telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais. | 0,06 | 0,50 |
| Acessibilidade a atenção primária | 0,58 | 0,67 |
| Critério 1: O usuário dispõe de 24 horas de acesso a um provedor de serviços, ligado à atenção primária. | 0,00 | 0,00 |
| Critério 2: O usuário não encontra barreiras externas para atendimento na unidade básica (geográfica, econômica ou social). | 1,00 | 1,00 |
| Critério 3: O usuário não encontra barreiras organizacionais para atendimento na unidade básica. | 0,75 | 1,00 |
| Qualidade do atendimento | 0,73 | 0,75 |
| Critério 1: O usuário dispõe de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção. | 0,75 | 0,75 |
| Critério 2: O usuário recebe informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas. | 0,43 | 0,25 |
| Critério 3: O usuário é rotineiramente contatado para prevenir complicações de hipertensão e diabetes. | 0,86 | 1,00 |
| Critério 4: O usuário recebe apoio domiciliar e treinamento em auto-cuidado que maximize sua autonomia. | 0,86 | 1,00 |
| Pontuação global | 0,51 | 0,61 |

Quadro 9 – Pontuação das trajetórias em relação aos critérios utilizados para análise do grau de implantação de redes assistenciais de saúde no Município A

| Critério | Trajetória | | | | | | | | Escore Final |
|---------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| Coordenação | | | | | | | | | 0,36 |
| 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,56 |
| 2 | 0 | 0,5 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0,13 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0,06 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,06 |
| Acess TN | | | | | | | | | 0,38 |
| 1 | 0 | 0,5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,69 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,06 |
| Acess APS | | | | | | | | | 0,58 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 |
| 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,75 |
| Qualidade At | | | | | | | | | 0,73 |
| 1 | In | In | In | 1 | In | 1 | 1 | 0 | 0,75 |
| 2 | 0 | In | 0,5 | 0,5 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0 | 0,43 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | In | 0 | 0,86 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | In | 0 | 0,86 |

Quadro 10 – Pontuação das trajetórias em relação aos critérios utilizados para análise do grau de implantação de redes assistenciais de saúde no Município B

| Critério | Trajetória | | | | | | | Escore Final |
|---------------------|------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Coordenação | | | | | | | | 0,33 |
| 1 | 1 | 0,5 | 1 | 0 | 1 | 0,5 | 0,5 | 0,64 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 1 | 0,86 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0,5 | 0 | 0,14 |
| Acess TN | | | | | | | | 0,68 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0,86 |
| 2 | 1 | 1 | In | 0 | 0 | 1 | 0 | 0,50 |
| Acess APS | | | | | | | | 0,67 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 |
| Qualidade At | | | | | | | | 0,75 |
| 1 | In | In | 0 | 1 | 1 | 1 | In | 0,75 |
| 2 | 0,5 | In | 0 | 0 | 0,5 | In | In | 0,25 |
| 3 | 1 | 1 | In | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 |
| 4 | 1 | 1 | In | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 |

ANEXOS

Anexo 1 - Relação das entrevistas realizadas

Município A

| Âmbito | Cargo | Código |
|------------------------------------|--|---------------|
| Conselho Municipal de Saúde | Presidente do Conselho Municipal de Saúde | EA 1 |
| | Representante das Instituições Filantrópicas | EA 2 |
| | Representante do Setor Privado da Saúde | EA 3 |
| | Representante das Associações de Moradores de Bairros | EA 4 |
| | Representante do Conselho Regional de Medicina | EA 5 |
| | Representante da Associação dos Diabéticos | EA 6 |
| Gestão | Secretário Municipal de Saúde | EA 7 |
| | Coordenador do Setor de Vigilância e Assistência à Saúde | EA 8 |
| | Gerente do SIS | EA 9 |
| | Médica Reguladora | EA 10 |
| | Médico Regulador | EA 11 |
| | Supervisor do Setor de Vigilância e Assistência à Saúde | EA 12 |
| USF Zona Rural | Médico | EA 13 |
| | Enfermeira | EA 14 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 15 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 16 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 17 |
| | Usuário 1 | EA 18 |
| | Usuário 2 | EA 19 |
| | Usuário 3 | EA 20 |
| USF Zona Urbana | Médica | EA 21 |
| | Enfermeira | EA 22 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 23 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EA 24 |
| | Usuário 1 | EA 25 |
| | Usuário 2 | EA 26 |
| | Usuário 3 | EA 27 |

Município B

| Âmbito | Cargo | Código |
|--|---|---------------|
| Conselho Municipal de Saúde | Representante das Associações de Moradores de Bairros | EC 1 |
| | Representante do Conselho Regional de Medicina | EC 2 |
| | Representante dos Trabalhadores Urbanos | EC 3 |
| | Representante da Câmara de Vereadores | EC 4 |
| | Representante da Associação dos Diabéticos | EC 5 |
| | Representante da Secretaria Municipal de Saúde | EC 6 |
| | Representante do Setor Privado da Saúde | EC 7 |
| | Representante das Associações de Moradores de Bairros | EC 8 |
| Gestão | Secretário Municipal de Saúde | EG 9 |
| | Sub-secretário | EG 10 |
| | Coordenador de Auditoria | EG 11 |
| | Coordenador da Central de Processamento de Dados | EG 12 |
| | Coordenador Geral da Atenção Básica | EG 13 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 14 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 15 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 16 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 17 |
| | Coordenador da Atenção Básica | EG 18 |
| | Coordenador do SAMU | EG 19 |
| | Coordenador da Central de Marcação | EG 20 |
| | Coordenador do Centro de Atenção Especializada | EG 21 |
| | Coordenador do Acolhimento da Alta Complexidade | EG 22 |
| Unidade de Referência em Pé-Diabético | Gerente | EU 23 |
| USF Zona Urbana | Médico | EU 24 |
| | Enfermeira | EU 25 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 26 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 27 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 28 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 29 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 30 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 31 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 32 |
| | Usuário 1 | EU 33 |
| | Usuário 2 | EU 34 |
| | Usuário 3 | EU 35 |
| | Usuário 4 | EU 36 |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------|
| | Usuário 5 | EU 37 |
| | Usuário 6 | EU 38 |
| USF Zona Rural | Médica | EU 39 |
| | Enfermeira | EU 40 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 41 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 42 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 43 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 44 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 45 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 46 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 47 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 48 |
| | Agente Comunitário de Saúde | EU 49 |
| | Usuário 1 | EU 50 |
| | Usuário 2 | EU 51 |
| | Usuário 3 | EU 52 |
| | Usuário 4 | EU 53 |
| | Usuário 5 | EU 54 |

Anexo 2 - FICHA DE AVALIAÇÃO DAS TRAJETÓRIAS

| | | |
|--------------------------------|--------|----------------|
| Bloco 1 - Identificação | | |
| Município: | UBS: | Nº trajetória: |
| Nome: | Idade: | |
| Resumo do caso: | | |

Codificação: Atende (1) / Parcialmente (0,5) / Não atende (0)

ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO

| | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| Bloco 2 – Aplicação dos critérios de COORDENAÇÃO | | |
| Critério 1: O usuário não precisa repetir sua história em cada atendimento na mesma unidade de saúde (anotar SIM ou NÃO) | | Código |
| | Na Unidade Básica de Saúde | No serviço de referência |
| Registro de anamnese e exame físico com história clínica do usuário | | |
| Registro da evolução do caso | | |
| Registro do plano terapêutico | | |
| Evidências: ✓ | | |
| Critério 2: O usuário não precisa repetir sua história em cada atendimento em diferentes unidades de saúde (anotar SIM ou NÃO) | | Código |
| Existência de guia de referência com relatório do caso clínico* | | |
| Existência de guia de contra-referência com relatório do caso clínico | | |
| Utilização de outros instrumentos gerenciais de comunicação entre as unidades (exemplo: Cartão SUS) com registro da história do usuário | | |
| Utilização de outras formas de comunicação (p. ex. telefone)** | | |
| Evidências: ✓ | | |
| Critério 3: O usuário não precisa se submeter a repetições inúteis de exames quando é atendido na mesma unidade de saúde (anotar SIM ou NÃO) | | Código |
| | Na Unidade Básica de Saúde | No serviço de referência |
| Registro dos exames solicitados | | |
| Registro dos resultados dos exames | | |
| Critério 4: O usuário não precisa se submeter a repetições inúteis de exames quando é atendido em unidades diferentes de saúde (anotar SIM ou NÃO) | | Código |
| Existência de guia de referência com registro dos exames realizados e resultados | | |
| Existência de guia de contra-referência com registro dos exames realizados e resultados | | |
| Utilização de outros instrumentos gerenciais de comunicação entre as unidades (exemplo: Cartão SUS) com registro dos exames do usuário | | |
| Utilização de outras formas de comunicação (p. ex. telefone) dos exames | | |

| | |
|---|---------------|
| dos usuários | |
| Critério 5: O usuário não é a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos | Código |
| Evidências: ✓ | |

| | |
|--|---------------|
| Bloco 3 – Aplicação dos critérios de ACESSIBILIDADE A TODOS OS NÍVEIS DO SISTEMA | |
| Critério 1: O usuário não se restringe a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível – superior ou inferior | Código |
| Evidências: ✓ | |
| Critério 2: O usuário tem acesso fácil (p. ex. por telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais (relacionar as barreiras encontradas) | Código |
| Existência de barreiras geográficas | |
| Existência de barreiras econômicas | |
| Existência de barreiras culturais | |
| Existência de barreiras organizacionais | |

| | |
|---|---------------|
| Bloco 4 – Aplicação dos critérios de ACESSIBILIDADE A ATENÇÃO PRIMÁRIA | |
| Critério 1: O usuário dispõe de 24 horas de acesso a um provedor de serviços, ligado à atenção primária (anotar ATENDE ou NÃO ATENDE e relacionar as evidências) | Código |
| Critério 2: O usuário não encontra barreiras externas para atendimento na unidade básica (geográfica, econômica ou social). | Código |
| Critério 3: O usuário não encontra barreiras organizacionais para atendimento na unidade básica. | Código |
| O caso revelou evidência de existência de barreiras para atendimento na USF? | |
| Evidências: ✓ | |

| | |
|---|---------------|
| Bloco 5– Aplicação dos critérios de QUALIDADE DO ATENDIMENTO | |
| Critério 1: Há evidências de que o usuário dispõe OU NÃO de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção? | Código |
| Evidências: ✓ | |
| Critério 2: O usuário recebeu (OU NÃO) informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas? | Código |
| Evidências: ✓ | |
| Há evidências de que o usuário recebeu (OU NÃO) informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas? Na | Código |

| | |
|---|---------------|
| Unidade Básica de Saúde | |
| Evidências: ✓ | |
| Há evidências de que o usuário recebeu (OU NÃO) informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas? No serviço de referência | |
| Evidências: ✓ | |
| Critério 3: Há evidências de que o usuário foi rotineiramente contatado para prevenir complicações de hipertensão e diabetes? | Código |
| Evidências: ✓ | |
| Critério 4: Há evidências de que o usuário recebeu apoio domiciliar e treinamento em auto-cuidado que maximize sua autonomia? | Código |
| Evidências: ✓ | |






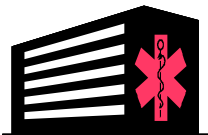
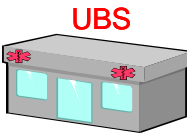

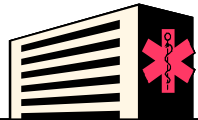
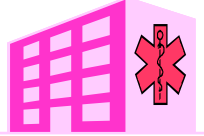



| |
|--|
| Bloco 6 – Análise técnica sobre os encaminhamentos (referência e contra-referência) |
| |

| |
|-------------------------------|
| Bloco 7– Parecer final |
| |

ANEXO 3

Trajetórias

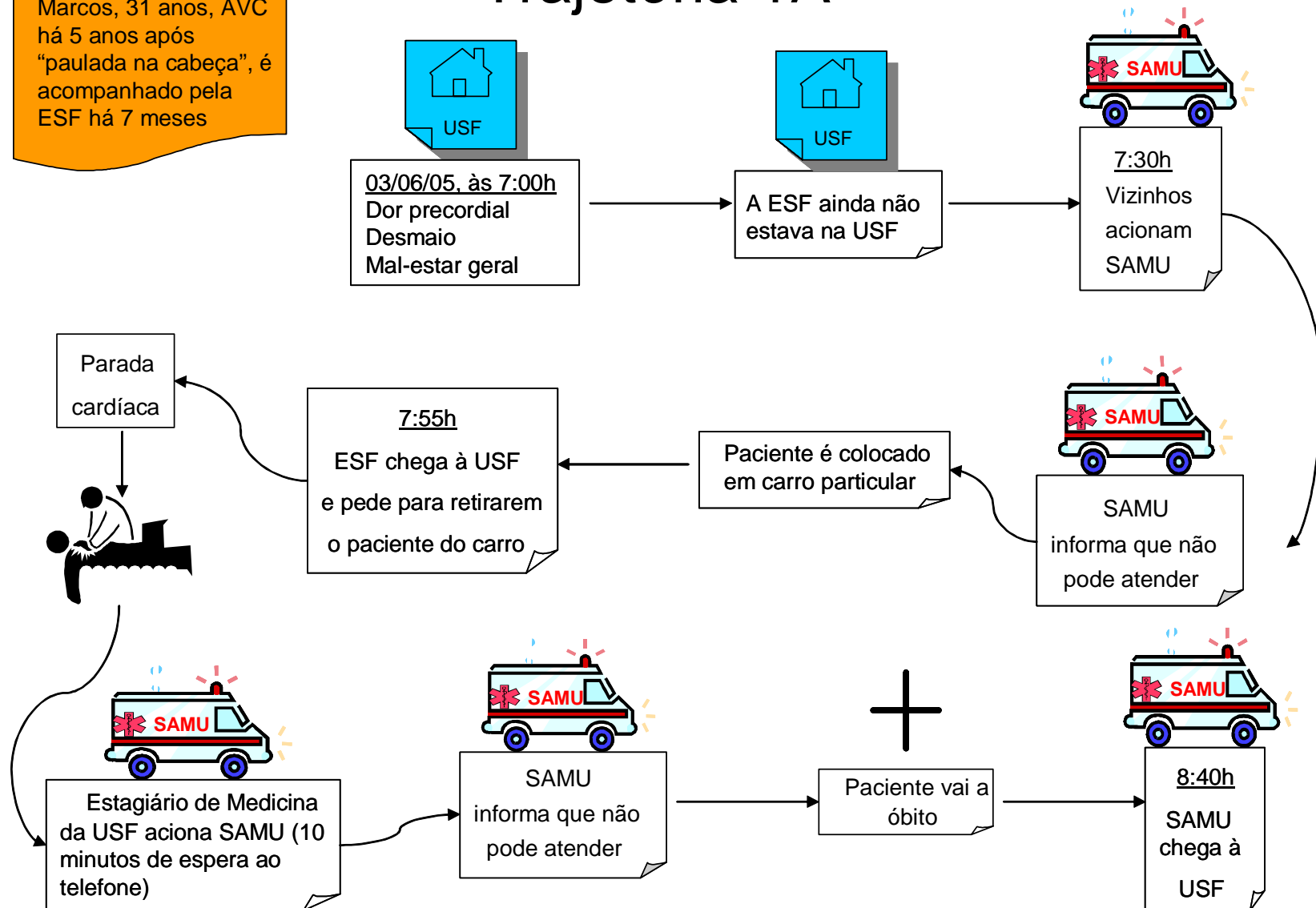
Legenda

| | | | |
|---|--|---|---|
|  | Unidade de Saúde da Família |  | Agente Comunitário de Saúde |
|  | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |  | Serviço Privado |
|  | Visita domiciliar |  | Serviço Privado Conveniado – atendimento pelo SUS |
|  | Unidade Básica de Saúde |  | Serviço Privado Conveniado – atendimento particular |
|  | Serviço Público |  | Maternidade Pública |
|  | Residência do usuário |  | Centro de Atenção Psicossocial |
|  | Óbito | | |

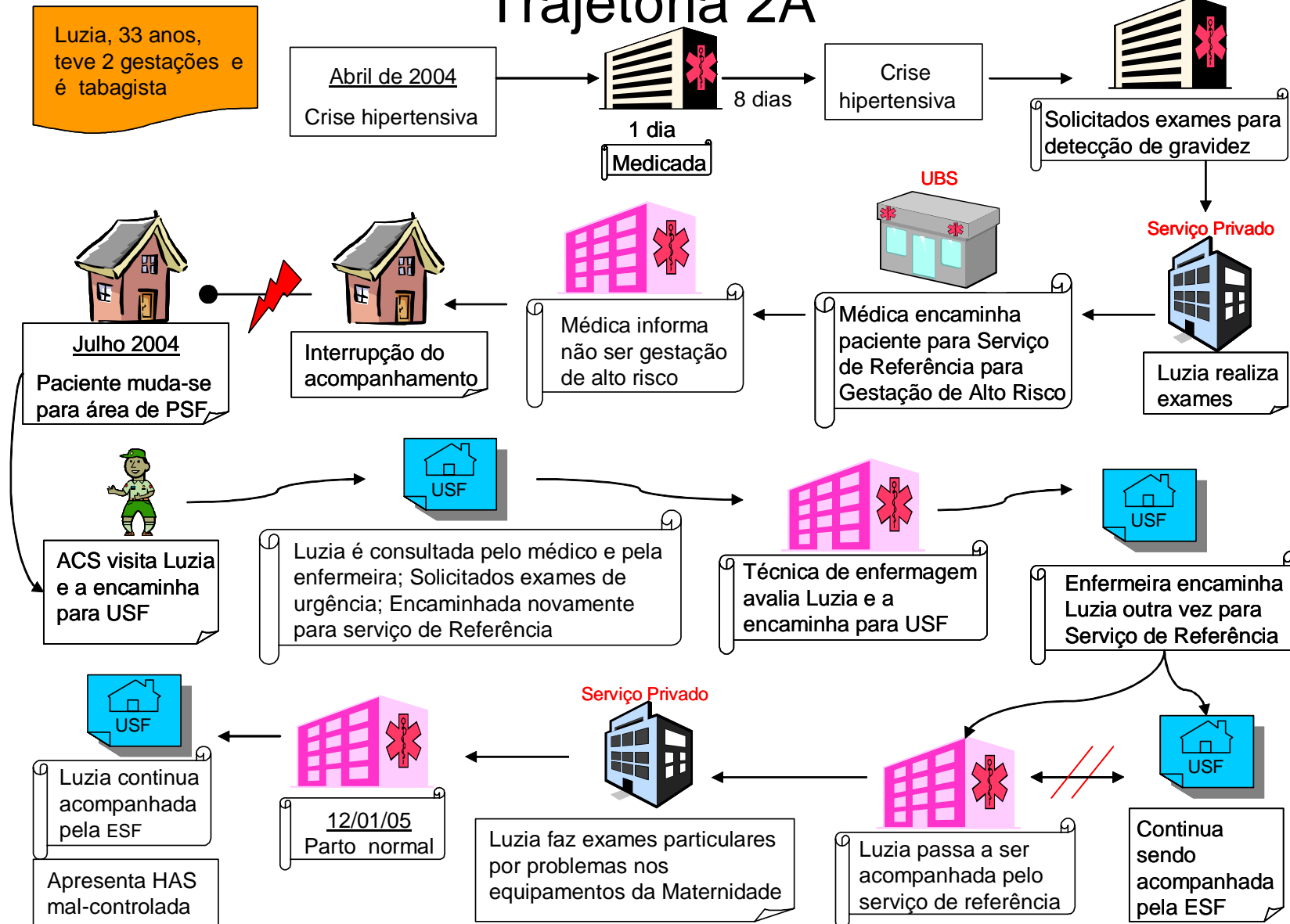
Município A

Trajetoira 1A

Marcos, 31 anos, AVC há 5 anos após "paulada na cabeça", é acompanhado pela ESF há 7 meses

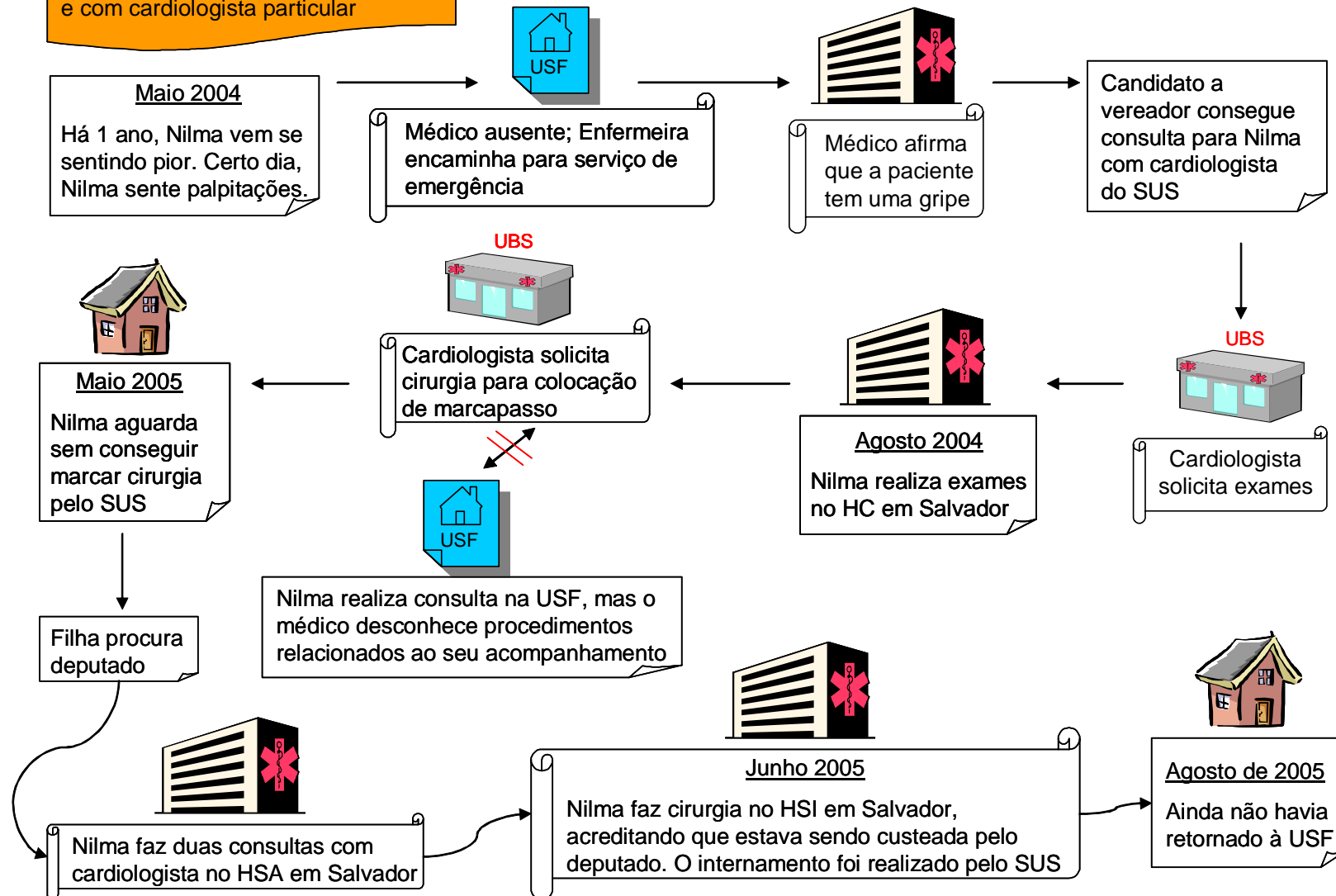


Trajетória 2A



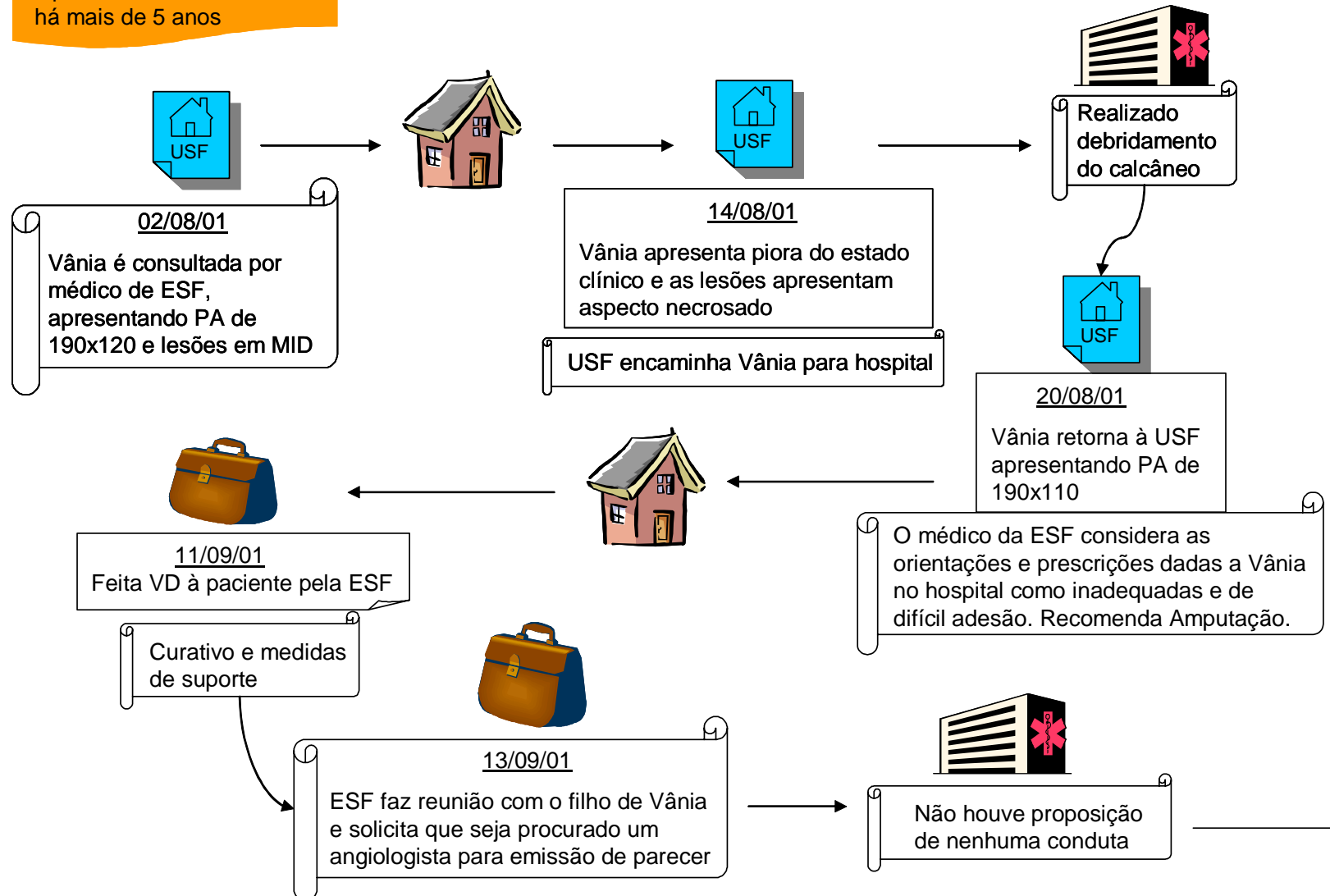
Trajетória 3A

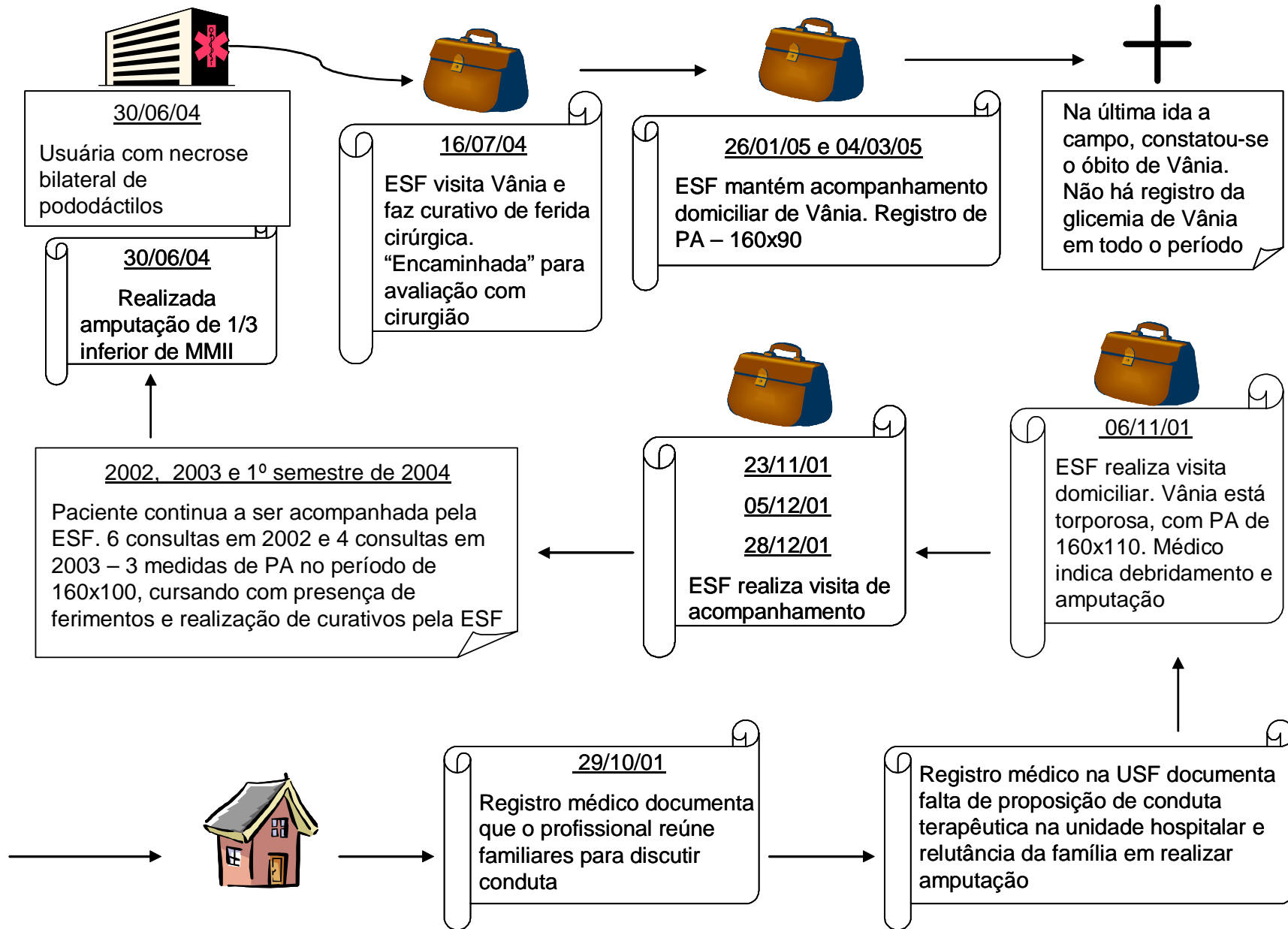
Nilma, 65 anos, é cardiopata há 10 anos e faz acompanhamento na USF e com cardiologista particular



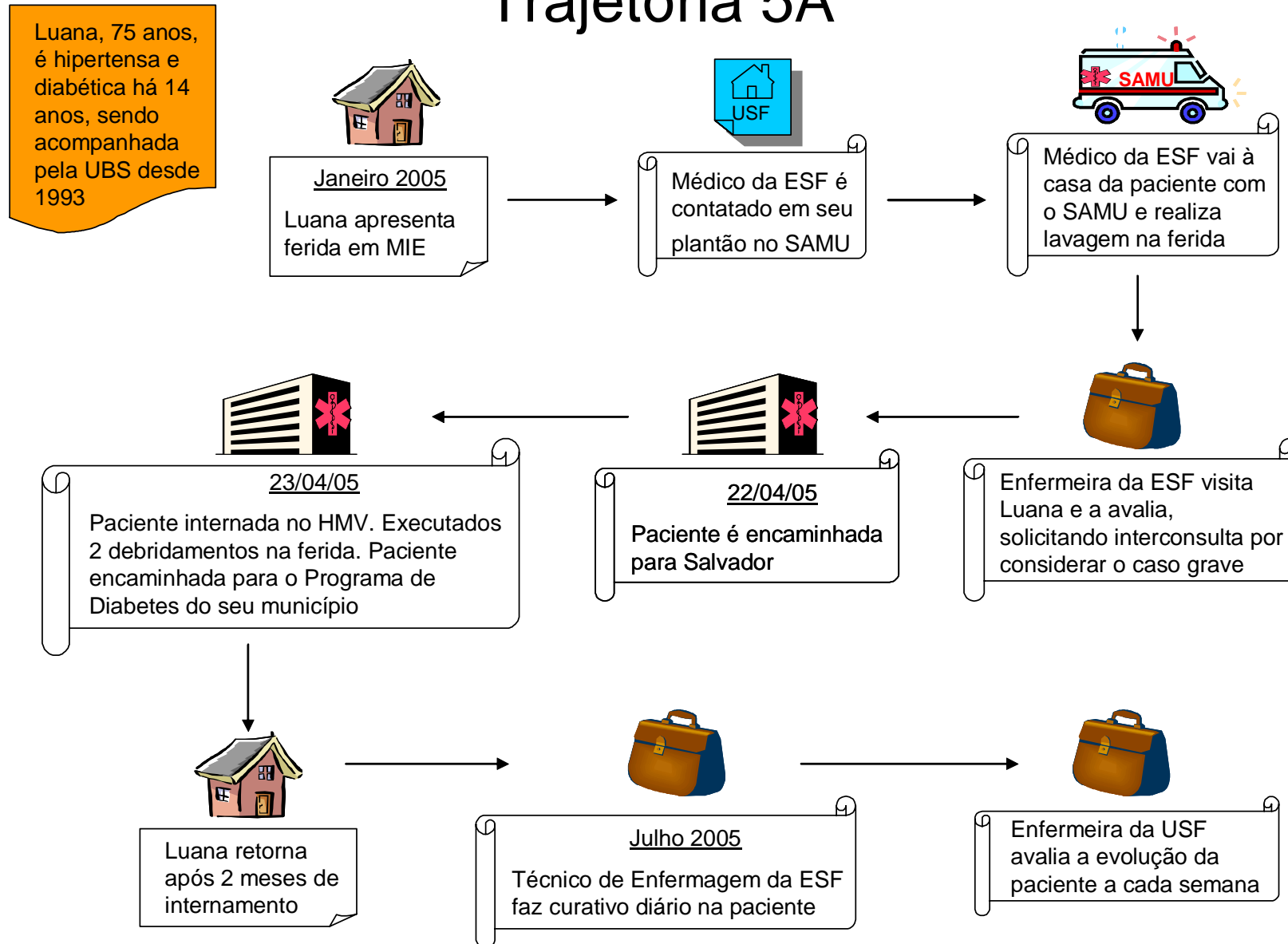
Trajетória 4A

Vânia, 69 anos, é hipertensa e teve um AVC há mais de 5 anos



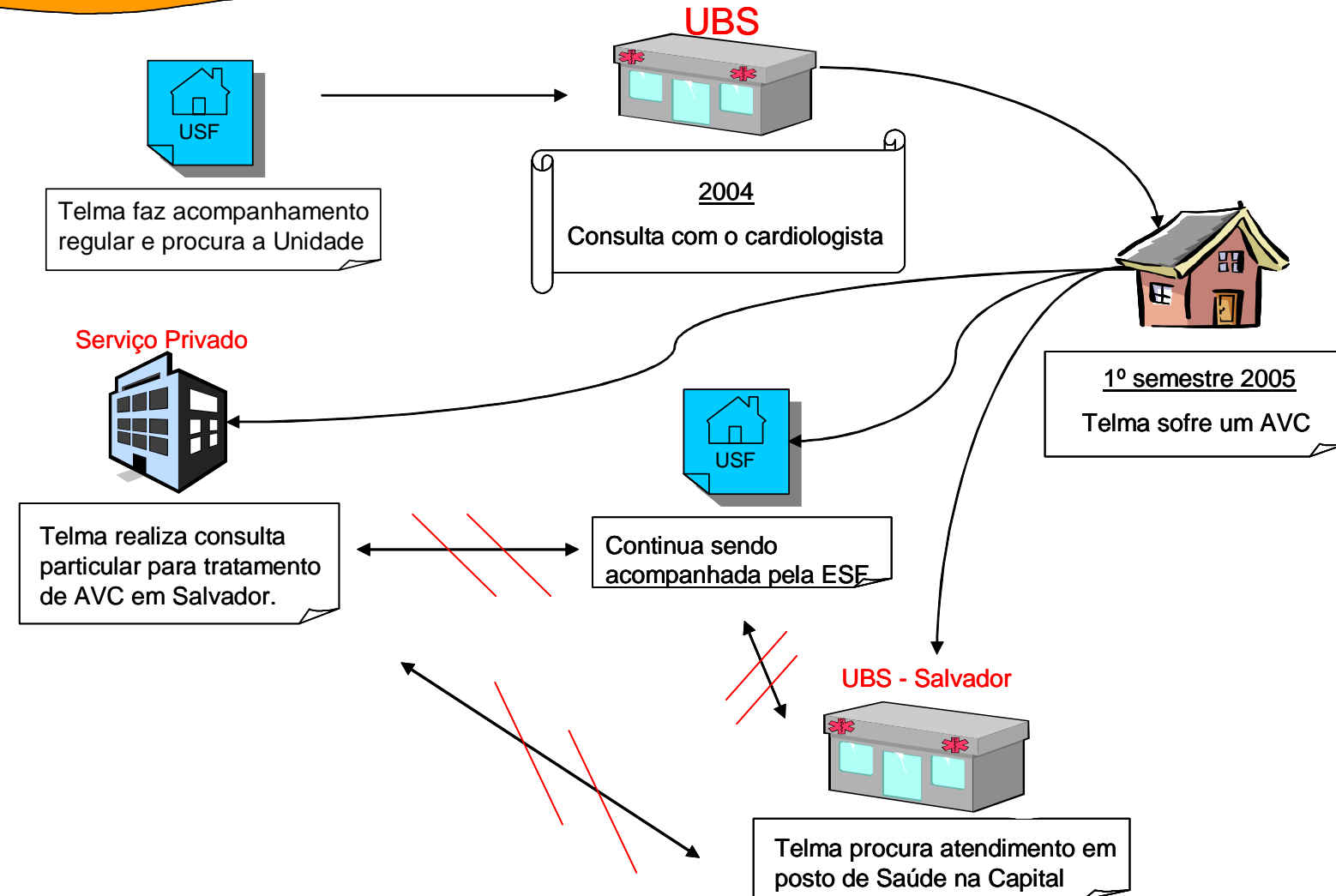


Trajetoária 5A

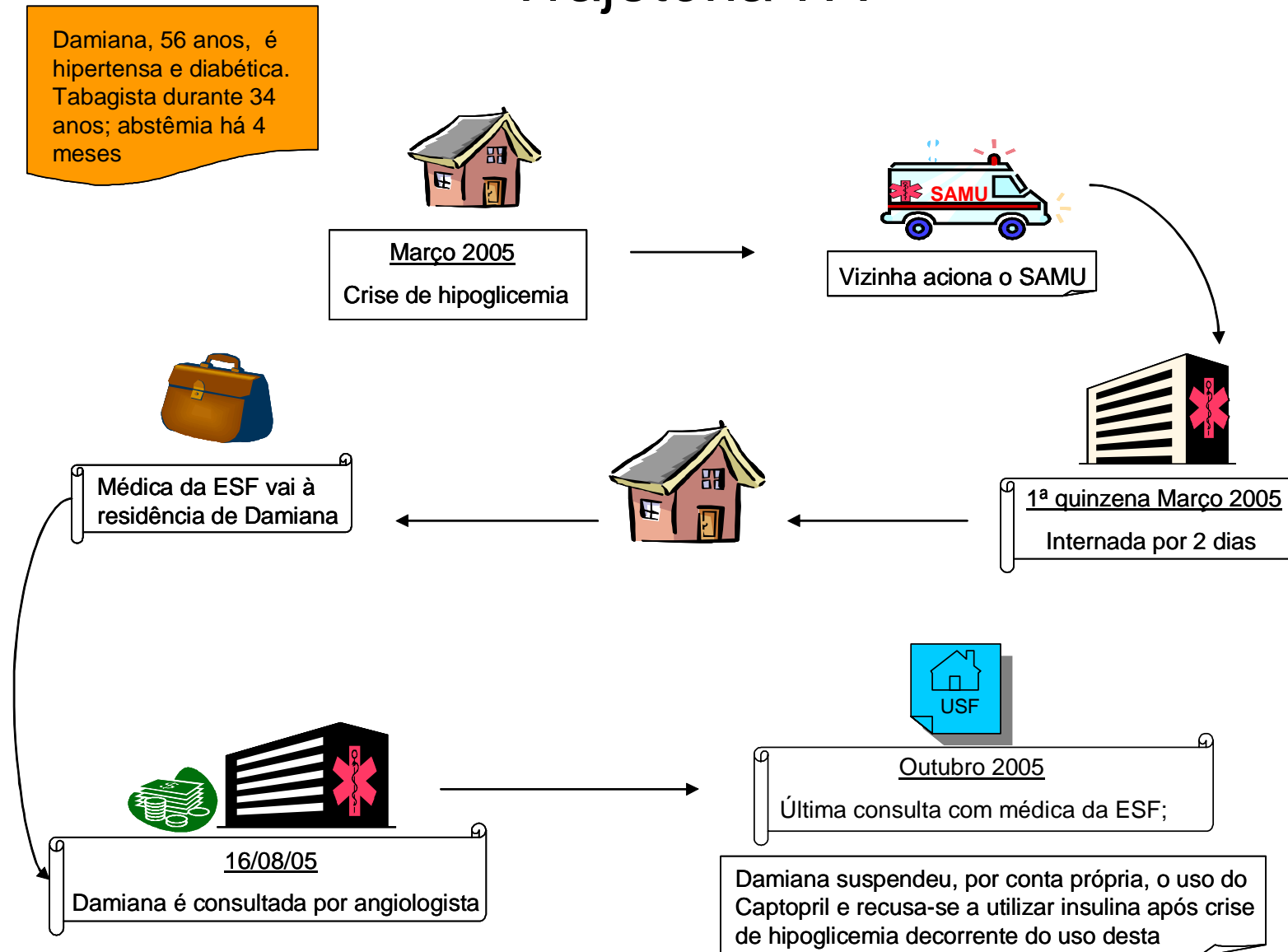


Trajetoira 6A

Telma, 56 anos, é hipertensa e diabética há 10 anos

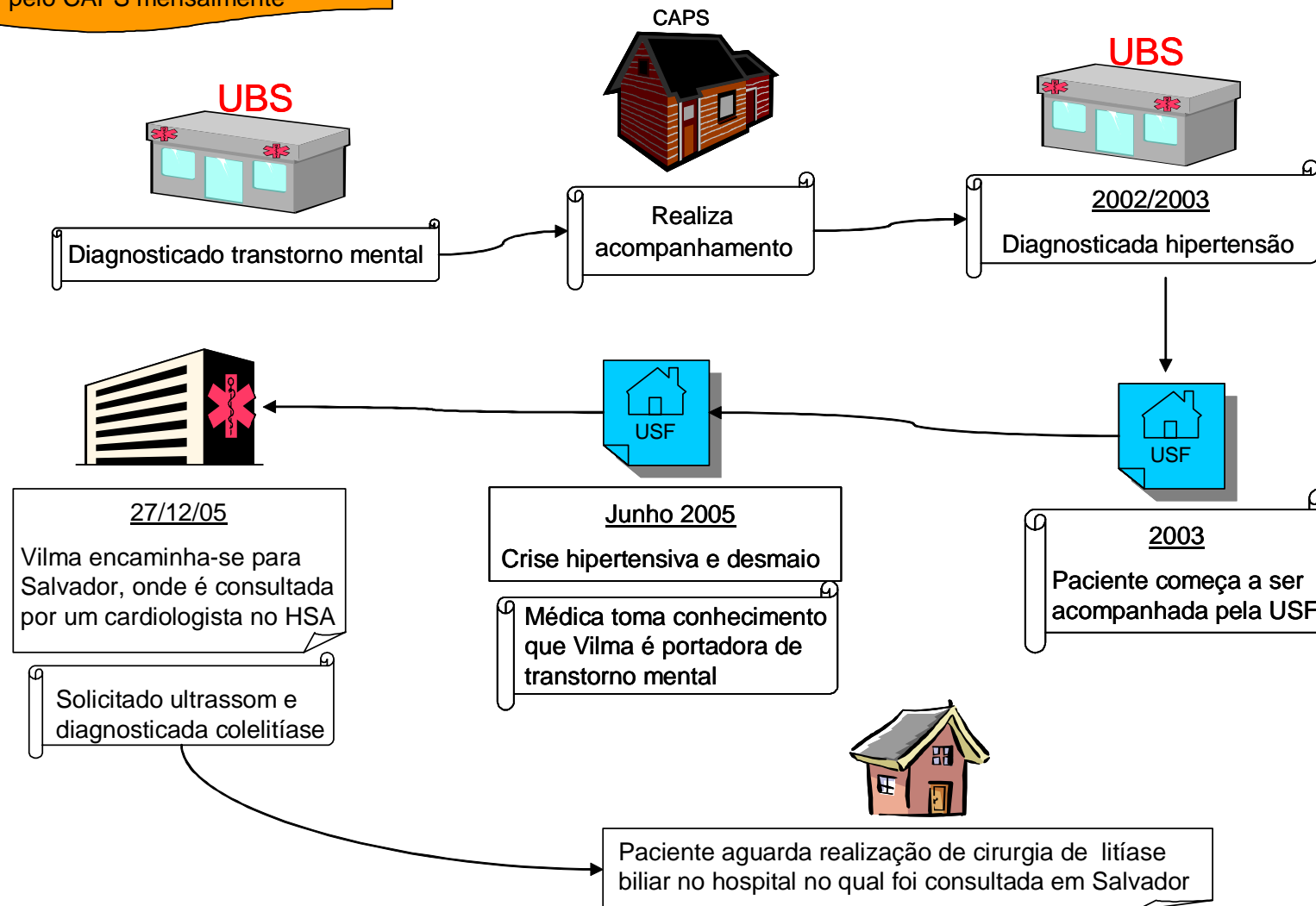


Trajetória 7A



Trajectoria 8A

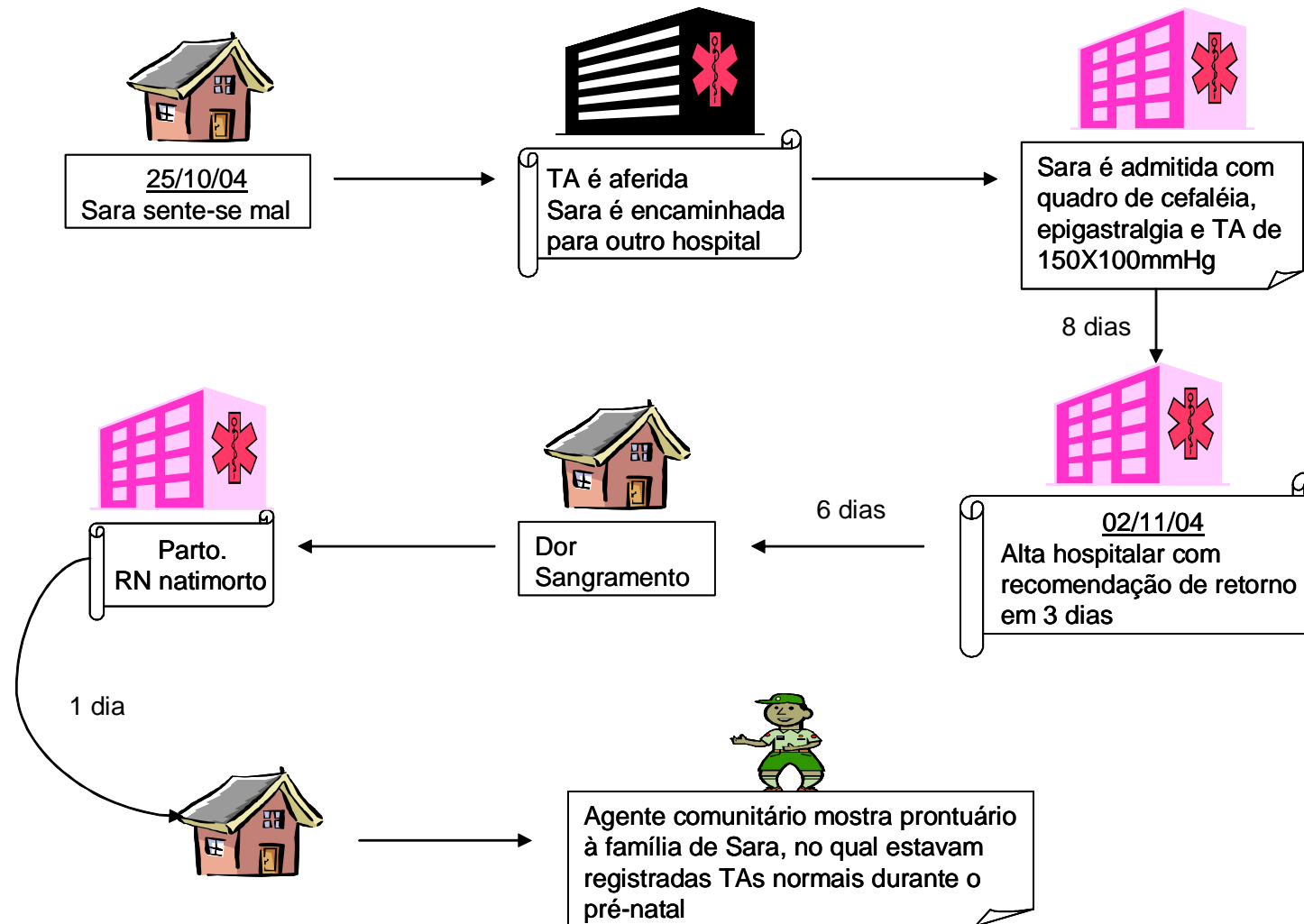
Vilma, 49 anos, é aposentada por distúrbio mental e acompanhada pelo CAPS mensalmente



Município B

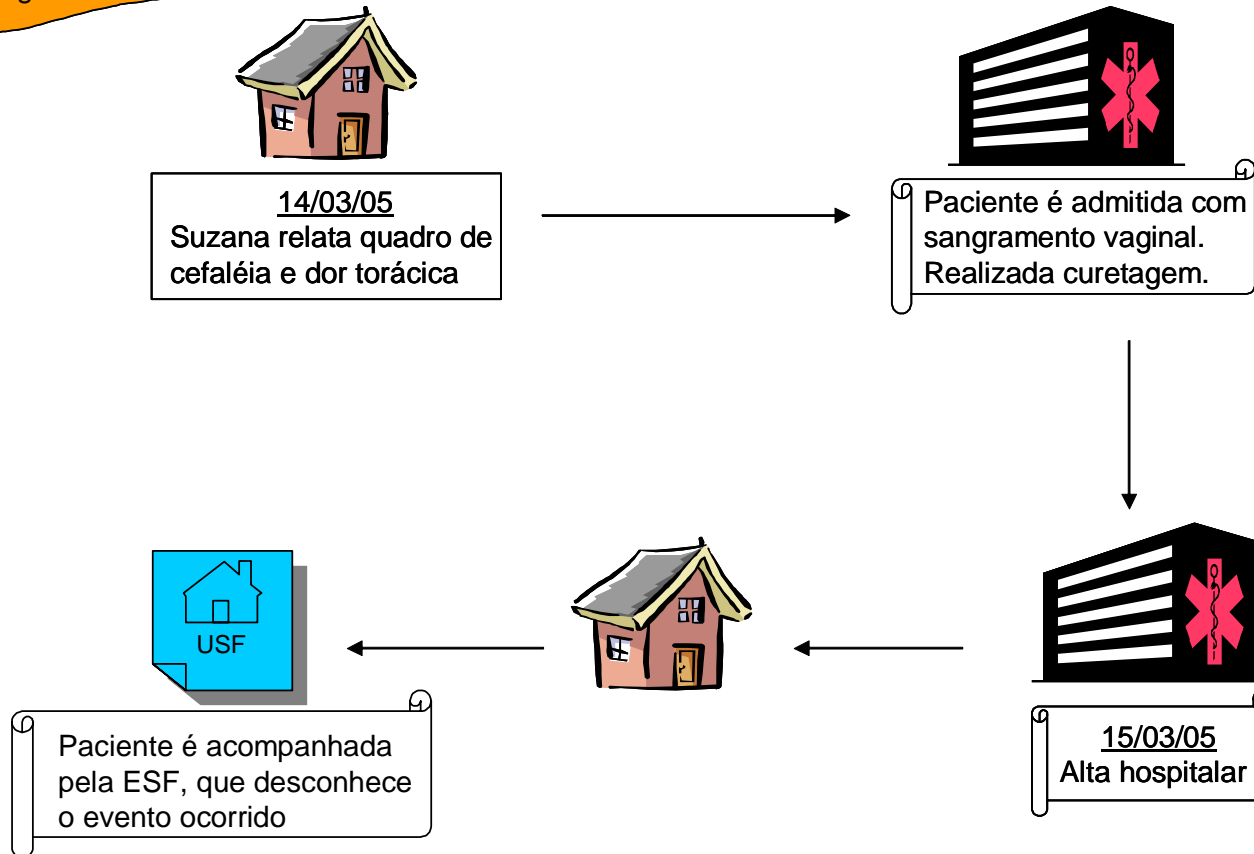
Trajетória 1B

Sara tem 15 anos
e é gestante



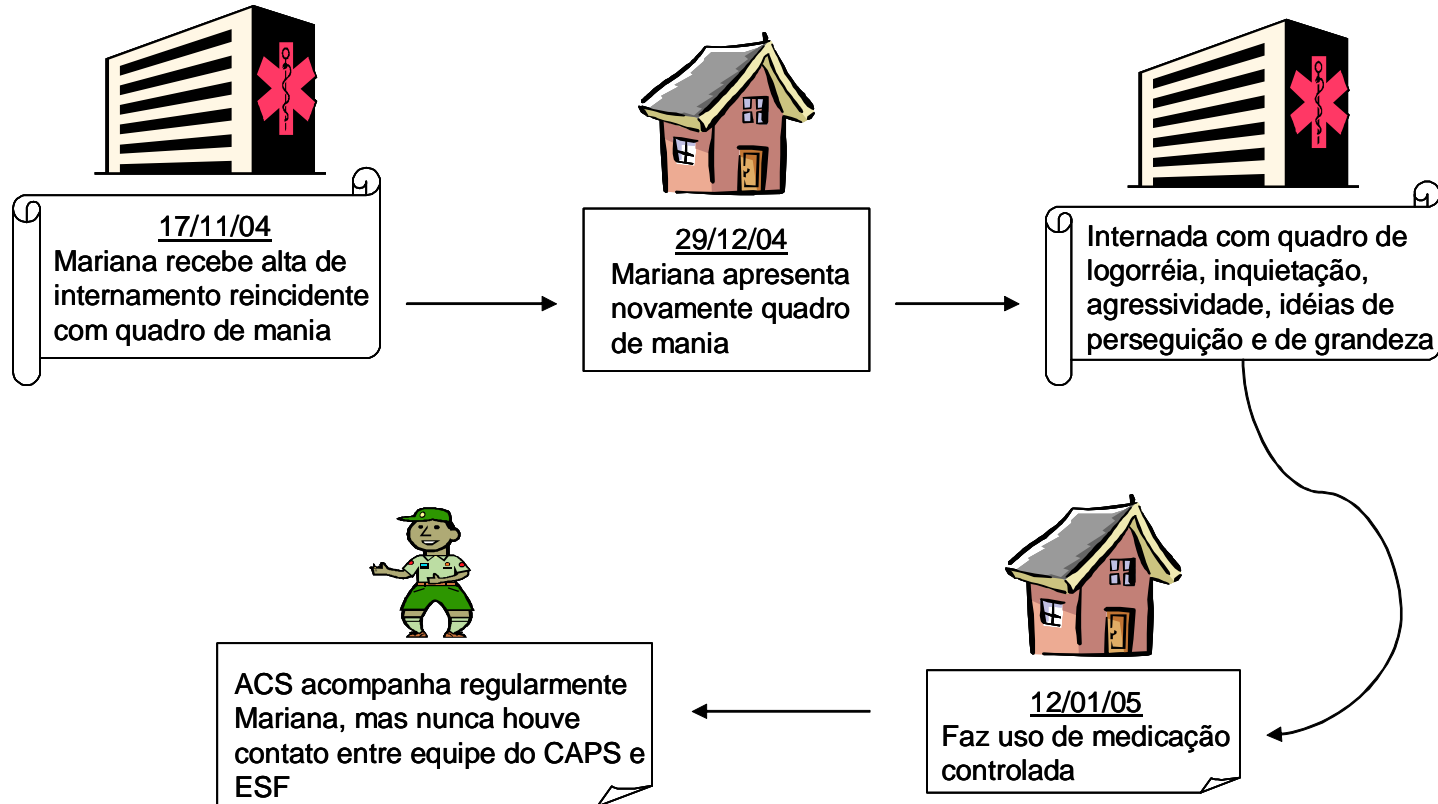
Trajetória 2B

Suzana, 27 anos, 3 filhos, hipertensa, acompanhada pela USF regularmente

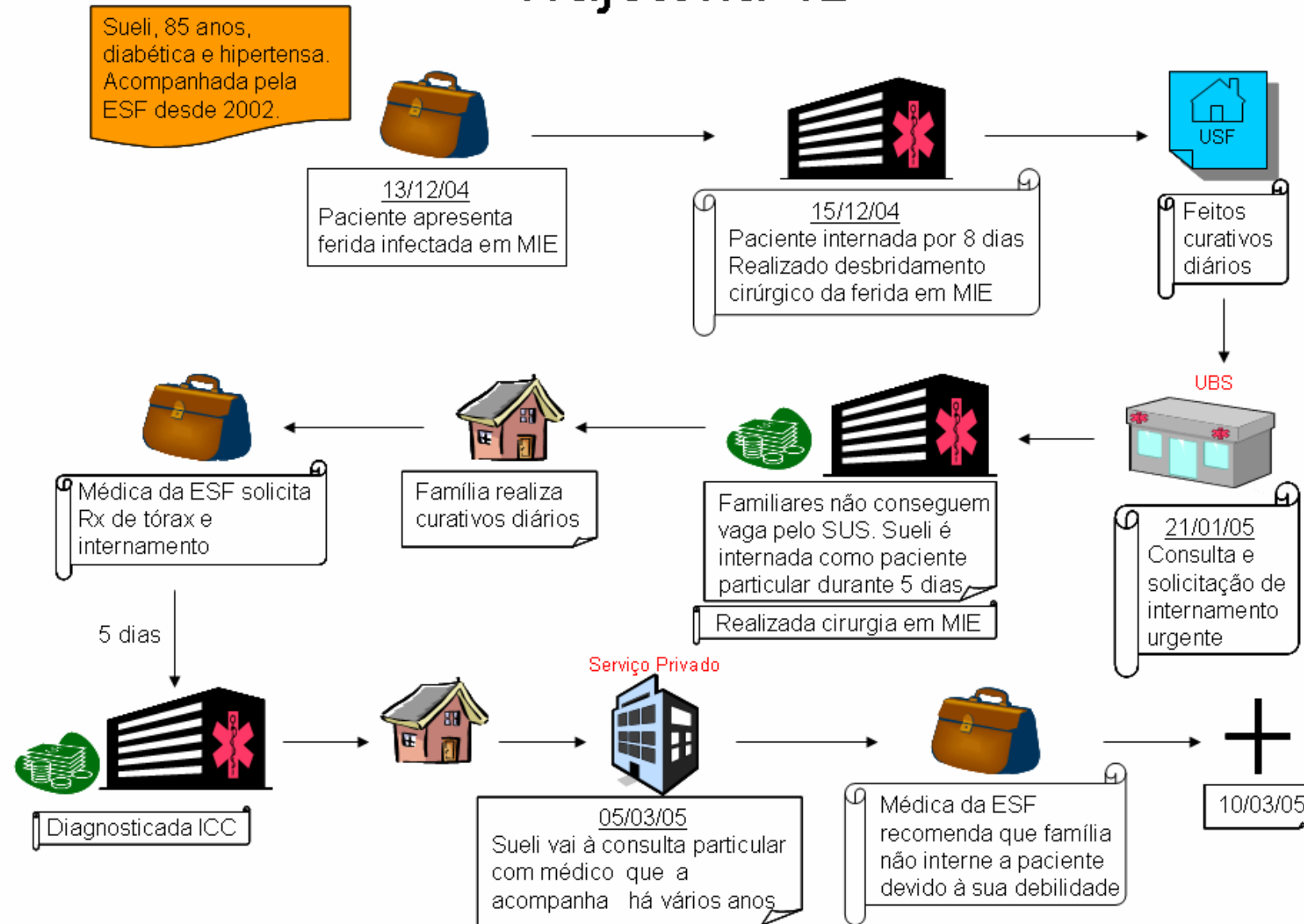


Mariana, 24 anos, portadora de transtorno mental há 5 anos. Nunca foi consultada pelo médico da ESF

Trajетória 3B

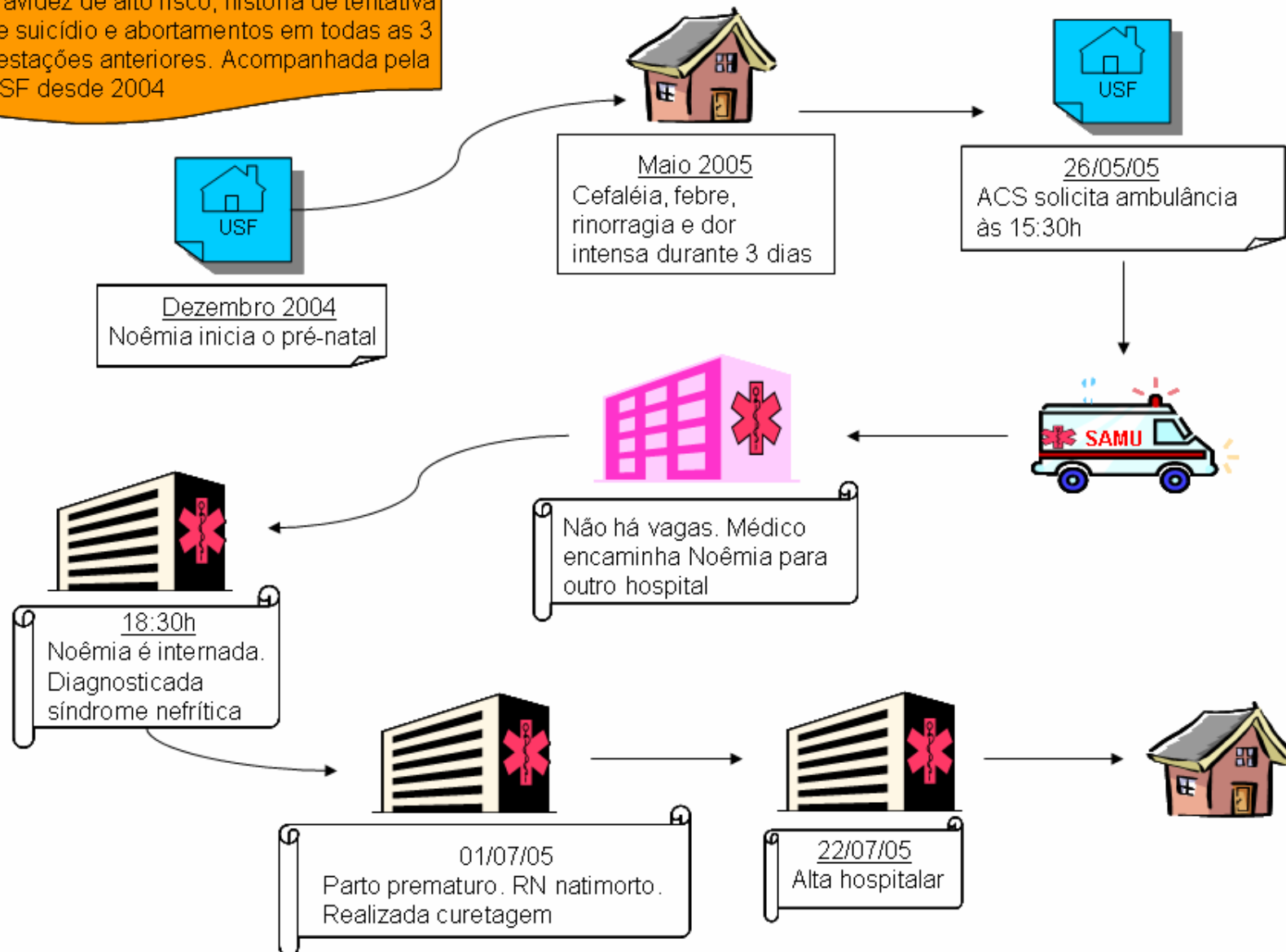


Trajetoira 4B



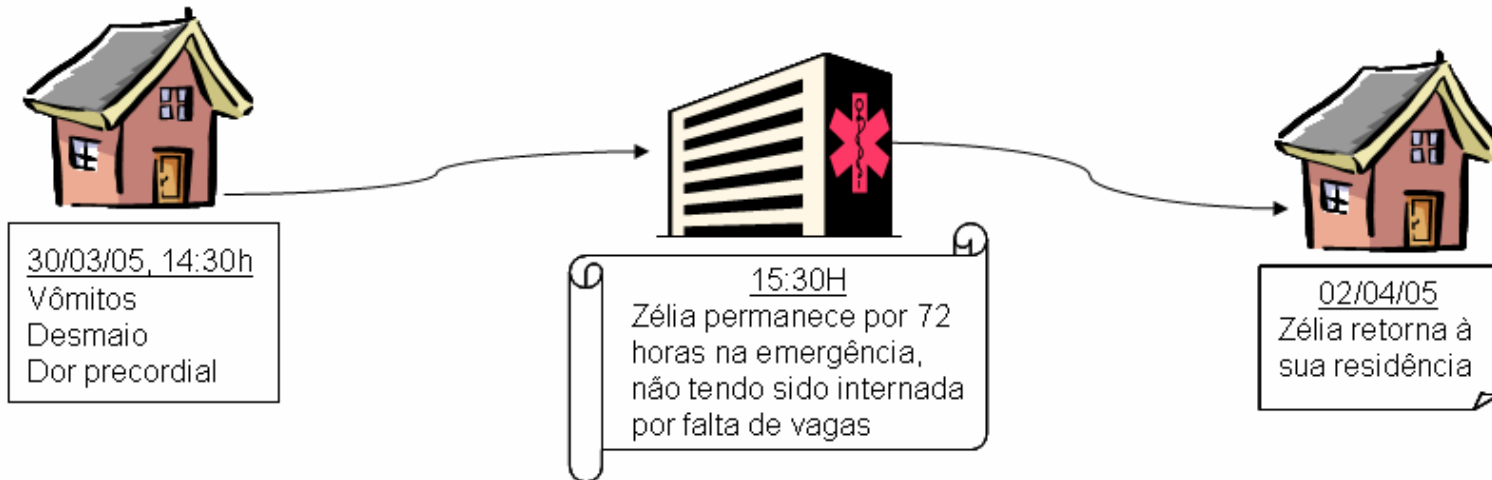
Trajетória 5B

Noêmia, 43 anos, hipertensa há 6 anos, gravidez de alto risco, história de tentativa de suicídio e abortamentos em todas as 3 gestações anteriores. Acompanhada pela USF desde 2004

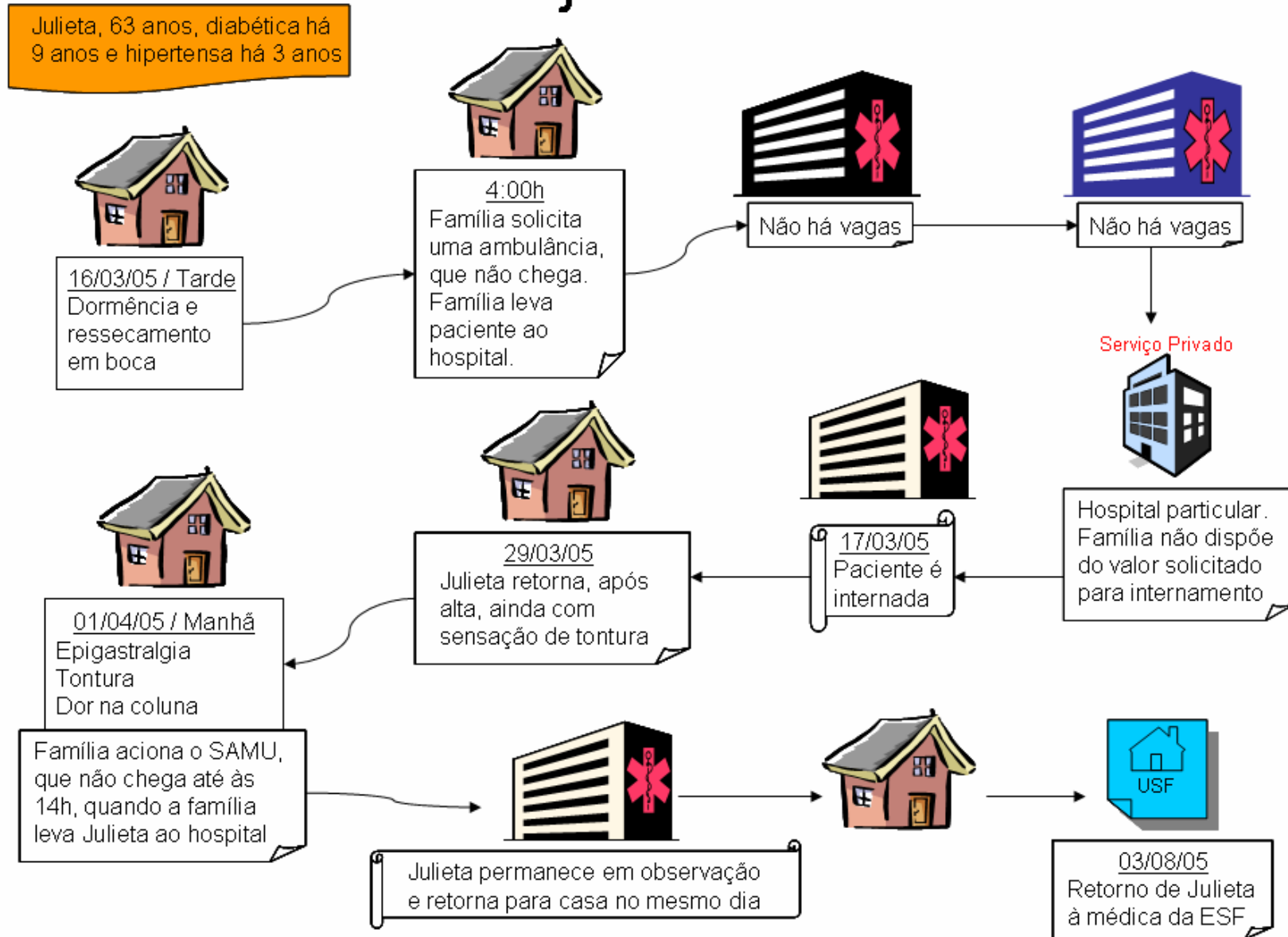


Trajetória 6B

Zélia, 82 anos, hipertensa,
acompanhada pela USF
desde 2001



Trajetoira 7B



Anexo 4 – Trechos de entrevista selecionados

Caso 1 [Entrevista EA1, § 331 a 334]

Ontem mesmo eu me deparei na unidade de saúde com o problema sobre vacina. Aí falta aquela, que a gente falou antes, a comunicação entre os setores. Eu cheguei na unidade de saúde, eu cheguei para ser atendida pelo odontólogo, aí a técnica de enfermagem disse ‘Dona F., por que é que está faltando vacina?’ Estava tendo a do idoso, estava lá, tinha as doses da influenza....Mas estava faltando a básica, a das crianças, que pesa, toma vacina, eles fazem aquele acompanhamento todo. Aí eu disse ‘e vocês já solicitaram, já fizeram a solicitação à Vigilância Sanitária?’, ‘já, desde o início que é dia 10 que a gente solicita, desde o mês passado não vem’. Aí eu perguntei ‘qual foi a desculpa que a Vigilância deu?’, ‘ah, disse que a DIRES não está liberando’. Eu disse, tudo bem. Cheguei na minha casa, liguei para a DIRES, procurei falar, sem me identificar, com o responsável pelo setor, ela estava em Salvador num curso, mas tinha outra pessoa no lugar, que por coincidência, foi conselheira aqui. Aí quando a menina disse assim ‘só está seu Fulano’, então diga a ele que é F. do Conselho, colega dele. Aí, chamei ele e disse ‘ô, meu filho, queria que você me desse uma orientação, com a informação’. Relatei o fato ‘estava na unidade, disse que estava faltando vacina porque a DIRES não está liberando. Que é que está acontecendo, que política é essa?’. Ele disse, ‘olhe F., não está acontecendo isso não, a semana passada a gente liberou três mil doses do idoso e mais a básica, essa semana a gente já liberou mais duas mil e a que está faltando agora é a DT adulto’. ‘Mas hepatite, febre amarela, pólio?’, ‘Não, se você quiser eu lhe apresento’. Aí eu ligo para a Vigilância sanitária. Aí liguei para a Vigilância Sanitária, a coordenadora não pôde me atender, mas o rapaz que me atendeu ficou sendo intermediário: **foi lá, passou, me trouxe o recado que a unidade não havia encaminhado o pedido**. Aí eu retornei na unidade, eu digo ‘eu quero a xerox. **Só que não precisou ela me dá a xerox. Quando eu estava sendo atendida pela odontóloga, a vacina chegou**. E antes tinha ido a pessoa da Vigilância Sanitária levar os papéis que a própria encarregada recitou. A gente estava aqui sentada, estava a enfermeira, estava a técnica e o pessoal, ela entrou, feio, feio, feio, chegou lá dentro, ficou lá dentro. Aí uma menina que está estagiando foi chamar a enfermeira. Dra. G. foi atender. Eu pensei que estava com as vacinas, não foi as vacinas, aí nesse momento não eram as vacinas, ficou uns papéis lá, umas coisas. E não disse também nada, não deu nem ‘bom dia’. Eu ainda brinquei com o menino da Vigilância, eu digo ‘oh meu filho, entrou uma pessoa da Vigilância, entrou calada e saiu muda!’. Não é que chegue fazendo festa, mas dar pelo menos ‘bom dia’... e já que estava a pessoa vestida de jaleco dentro daquela unidade... chega assim, vai entrando, não diz nada. E eu queria saber porque que de repente apareceu as vacinas. São essas coisinhas que complicam. Aí no final, quem é o responsável? O pessoal vai para o rádio esculhambar o prefeito, esculhamba a secretário. ‘que saúde, que não tem saúde não tem nada’, vem esculhambar o Conselho, porque diz que o Conselho não faz nada. Não é o Conselho que tem que estar fazendo, o Conselho tem que fiscalizar, mas ele não pode executar, ele não pode chegar lá, pegar a coisa e sair, não tem esse direito, não é direito nosso. E também não obriga nada, nem ninguém, tem os trâmites legais. **Falta essa comunicação na própria Secretaria. Às vezes são coisas que o secretário sabe aqui no Conselho...**

Caso 2 [Entrevista EA1, § 342 a 409]

Você estava falando da comunicação entre as unidades, você acha que é um problema... É um problema, porque tem coisas que a gente sabe que é fácil resolver. Eu recebi também a semana passada um senhor aqui que fez a cirurgia que creio que tenha sido de próstata, pelo que ele falou, que fez com o urologista. Então ele é da zona rural, distrito BU, ele não conseguiu a revisão, marcar revisão. **Que é uma coisa que eu questiono também, doutora, o que é prioridade na saúde. Sabe, eu... na minha visão isso é uma prioridade,** a pessoa faz uma cirurgia... ((carro de som...)) **voltando ao questionamento: o que é prioridade?** Eu acho o seguinte, a pessoa faz uma cirurgia, uma cirurgia dessa, de próstata ou alguma coisa, a gente sabe que alguma coisa não estava bem ali. **E pra ele ter a revisão com esse profissional que o operou é uma complicação, passa dois, três meses.** O senhor chegou aqui, acho que já está na faixa dos seus setenta e poucos anos desesperado porque fez a cirurgia com o urologista no hospital SI. Veio com a sonda. A orientação do urologista é que com oito dias ele fosse para a revisão porque tinha que mudar a sonda. Ele não conseguiu ser atendido, segundo ele, por esse médico. Parou no QG. No QG, ele já estava sentindo muita dor o cara disse que ele não estava urinando mais.... o enfermeiro, sem querer, mas terminou tirando a sonda, porque disse que não era o papel dele, mas devido à condição, ele tirou. Ele foi pra casa, passou, me parece, uma semana, ficou com a barriga empedrada, não estava urinando. Voltou para o QG porque não conseguiu que o urologista o atendesse, não conseguiu vaga. O QG encaminhou, esse próprio enfermeiro encaminhou ao Hospital DB. O médico, que é conselheiro aqui das clínicas privadas, Dr. L - ele é cirurgião estava de plantão. Atendeu, disse que não era... que era difícil porque não tinha o prontuário, toda aquela situação, mas que ia botar uma sonda nele, segundo Sr. T., que se ele continuasse daquele jeito ele ia ter problemas renais, talvez o rim estourasse, não sei o que, alguma coisa que eu não entendo. Mas o paciente estava me relatando esse fato. **Ele é urologista?** Não, ele é cirurgião. Ele estava lá de plantão, e chegou, tentou solucionar o problema do paciente. E ainda orientou que ele tinha que ser atendido pelo médico que o operou. **Aí segundo...E por que ele não conseguiu ser atendido pelo médico que o operou?** Porque aqui nunca tinha vaga, no DAE... **Ele tinha que pedir a solicitação para o médico?** É. **Ele não saiu do Hospital já com a solicitação?** Eu creio que não, Doutora. Que ele disse que não... se ele tem esse retorno, tinha essa dificuldade de marcar o retorno. **Aí ele foi, não conseguiu falar com o urologista aqui que atende no DAE, ele retornou ao HSI.** Como ele operava lá, ia ver se atendia ele lá no HSI. **Ah, ele operou em Salvador?** Em Salvador... Então ele retornou ao HSI em Salvador para tentar conversar, para que o urologista atendesse ele lá. Como o Dr. N não estava, ele conseguiu ser atendido por um Dr. B. Ele mostrou até o cartãozinho. Só que o Dr. B não pôde fazer muita coisa porque não estava com o... **prontuário. Sim, então quando ele veio, ele veio sem nada?** Sem nada. **Sem relatório, sem nada?** Sem nada. **Aí disse que a orientação que esse médico do HSI deu, que ele pelo menos pegasse um relatório que ele daria assistência a ele lá. Só que quando ele chegou aqui não conseguiu falar com o urologista. **Aí... no momento ele chegou aqui nervoso, disse que o médico foi indelicado com ele, que não ia atender ele, que ele tinha feito uma coisa que não era pra fazer, que não mandou ele tirar a sonda. **Aí ele disse segundo ele, isso tudo ele e a esposa me relatando: ‘mas Doutor, pelo amor de Deus, eu não consegui falar com o senhor. Eu ia morrer com tanta dor?’ **Isso lá, ou aqui?** Aqui, já aqui no DAE. Foi, o urologista daqui. Só que operou lá no SI. E orientou que ele viesse para a revisão aqui. **Com oito dias...** Com oito dias. **E ele conseguiu falar com o médico quando?** Conseguiu falar na semana passada, que o médico disse que não ia atender ele, porque ele tinha feito coisa errada, que não tinha mandado tirar a sonda, e que não sei o quê. E disse.. **E tinha quantos dias de operado?** Ele operou dia 25 de janeiro. São o quê, fevereiro... março...[entrevista em 27/04] mais de dois meses, quase três meses. Então ele chegou disse ‘Minha senhora, pelo amor de Deus, me ajude que eu não quero morrer, porque eu sei que isso está aqui dentro, eu não sei como é que está, e vai dar problema, e eu sou da roça, eu vou chegar tarde, e eu não tenho dinheiro para estar subindo e descendo, e eu quero, já que ele não pode me atender, que me dê o relatório, que me dê o prontuário que Dr. B lá disse que me atende. E ele disse que o médico foi grosseiro com ele e ele disse que não ia medir esforço com o médico, porque **ele era um velho e o médico era novo.** Então... mas aí... tudo bem, que o profissional médico acho que não devia ter agido dessa maneira, se foi como o senhor relatou, eu acho que seja verdade, que um senhor já de idade não vai chegar... E, por sinal, ele disse que conhecia a família do médico há muito tempo, que não sabe que aquele menino está rebelde, que era um profissional tão bom. **Mas se tem alguém lá dentro do DAE, que amenize essa situação, que veja que aquele paciente foi feita essa cirurgia. Mesmo que o médico dê bronca nele, ‘o senhor não era para ter tirado a sonda, não era pra ter mandado’ deixe...**[isto é, ainda que isso ocorra...] mas vamos facilitar o atendimento pra esse senhor, pelo menos ter uma orientação...E ele disse, ‘minha senhora estou urinando sangue, está saindo sangue da sonda, o que é que eu faço?’ Eu disse, olhe eu não sou médica, não sou da área de saúde, não posso dar o diagnóstico nenhum ao senhor porque eu não sei, eu não conheço, eu não entendo. Eu sei que o senhor está me dizendo que está sofrendo... Veio aqui, ele e a esposa. **Aí eu fiquei, eu disse ‘meu Deus do céu, eu não posso mais mandar ele atrás do Dr. L, porque Dr. L vai me dar um carão porque não é... às vezes a gente tem coisas que a gente pede a Dr. L...L é de onde?** É o do privado que é o conselheiro. Foi. Eu digo, ‘eu não vou mandar, porque o Dr. L vai dizer ‘não, isso aqui tem que ser...’ [quer dizer, não é com ele], com razão, vai dar a orientação qual é. **Aí eu cheguei disse assim, o que eu posso fazer pelo senhor é encaminhar o senhor para a Secretaria de Saúde pra pedir um atendimento. **Aí fiz, liguei, falei com a secretária de Dr. Z.’**********

Artigo 3

A regulação do sistema de saúde e as relações de poder entre atores: a análise do contexto local em dois estudos de caso

“Às vezes, você conversa uma língua que eu não tenho... Não é porque eu sou burro. Porque, às vezes, eu não vivo naquele mundo que você está ali, e aí, se torna difícil, eu quero contribuir, mas não posso. Isso vale para área de construção civil, vale pra médico, vale pra tudo”

**Sindicalista,
Conselho Municipal de Saúde do Município B**

A regulação do sistema de saúde e as relações de poder entre atores: a análise do contexto local em dois estudos de caso

Resumo

A literatura em avaliação tem destacado a necessidade do estudo dos contextos locais para a compreensão do sucesso ou insucesso da implementação de políticas. Este estudo teve por objetivo analisar a lógica de regulação do sistema de saúde em dois municípios, a partir da identificação das concepções dos atores e das relações de poder estabelecidas entre eles. Baseou-se em um modelo teórico sustentado por três elementos centrais: a compreensão da Saúde enquanto campo de ação social (Bourdieu, 1994 e 1998), uma teoria explicativa da regulação do sistema de saúde (Contandriopoulos et al., 2000b) e o poder como categoria chave para análise das relações entre os atores (Testa, 1992). Foi analisada a constituição dos sistemas de saúde desde a municipalização e as relações estabelecidas entre gestores, usuários, profissionais de saúde e prestadores privados.

A análise evidenciou que os atores exprimiram concordância com a defesa genérica de alguns princípios do SUS, entretanto, isto não pareceu guardar correspondência com uma reflexão crítica sobre a operacionalização destes em temas de políticas ou princípios organizativos dos sistemas municipais de saúde. A implantação da municipalização e, em especial, da gestão plena do sistema, alterou substancialmente a configuração das relações entre os atores, com o estabelecimento de novos arranjos institucionais, com importantes diferenças entre os municípios A e B, sendo que, no primeiro, a emergência do ator gestor municipal não se fez, prioritariamente, às custas de uma disputa de posição com o setor privado. No segundo, houve disputa acirrada pelo controle dos recursos do sistema de saúde e os novos arranjos institucionais traduziram uma nova configuração das relações de poder entre os atores, com uma clara aliança entre gestores e usuários, de um lado, e prestadores privados, do outro, sendo que, efetivamente, os usuários apresentaram baixo poder técnico para interferir no processo decisório no âmbito do sistema de saúde. Já os médicos mostraram ser detentores de grande poder simbólico e com capacidade de implementar diferentes mecanismos de regulação. O artigo conclui que, nas circunstâncias atuais, a capacidade de que a lógica de regulação do sistema se aproxime mais ou menos de um modelo democrático vai ser definida, em grande medida, pelo perfil do gestor e de sua equipe, e sua permeabilidade a uma ausculta social.

Palavras-chave: regulação de sistemas de saúde; análise de contextos locais; análise de implantação; políticas de saúde.

A pesquisa contou com o apoio da CAPES (bolsa de estudos no exterior) e do Groupe Interdisciplinaire de Recherche en Santé (GRIS), vinculado ao Departamento de Administração da Faculdade de Medicina da Universidade de Montréal.

O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 04 de junho de 2004.

The regulation of the health system and the power relations between the actors: the analysis of the local context in two case studies

Abstract

The literature in evaluation has been putting in relief the necessity to study local contexts to the understanding of the reason to the success or failure of implementation policies. This study had as an objective to analyse the logic of the health system regulation in two municipalities by the identification of the actors' conceptions and the power relations established between them. It was based in a theoretical model sustained by three central elements: the apprehension of Health as a social action field (Bourdieu, 1994 e 1998), an explanatory theory of the health system regulation (Contandriopoulos et al) and power as a key category for analysing the actors relations (Testa, 1992). We analyzed the constitution of the health systems and the relations established between managers, users, health professionals and private providers

The analysis indicates that the actors expressed agreement with the generic defense to some of the SUS's principles. However, that didn't seem to have correspondence with a critical reflection about "putting them in action" in terms of policies or organizational principles of the municipal health systems. The implementation of the decentralization process and, especially the full management of the system, substantially changed the configuration of the power relations between the actors, establishing new institutional arrangements, with significant differences between the municipal districts A and B: in the first one, the emergency of the municipal manager actor didn't happen, above all, because of a position dispute with the private sector. In the second one, there was a great dispute for the control of the resources of the health system and the new institutional arrangements expressed a new power relation configuration between the actors, with a clear alliance between managers and users, at one side, and private providers, at the other. Effectively, the users presented a low technical ability to interfere in the decision process in the health systems sphere. Nevertheless, the doctors demonstrated to own a great symbolic power and have the capacity to implement different regulation devices. The article concludes that, at the present circumstances, the possibility for the regulation logic of the system to be close or distant to a democratic model will be defined, especially, by the manager's and his team profile, and the permeability of a "social listening".

Keywords: health systems regulation; contextual analysis; implementation analysis; health policies.

Sumário

| | |
|---|------------|
| 1. Introdução | 185 |
| 2. Elementos para a construção de um modelo teórico-lógico | 187 |
| 3. Metodologia | 196 |
| 3.1. Formulação do modelo teórico-lógico | 196 |
| 3.2. Estratégia de pesquisa | 198 |
| 4. Resultados | 199 |
| 4.1. Conformação do sistema de saúde nos municípios estudados | 199 |
| 4.2. Regulação do Sistema de Saúde | 207 |
| 5. Discussão: as relações de poder entre os atores e a lógica de regulação do sistema de saúde | 223 |
| 6. Comentários finais | 235 |
| 7. Referências Bibliográficas | 237 |
| QUADROS | 240 |

1. Introdução

Vive-se hoje no Brasil um processo de reforma do sistema de saúde que pode ser caracterizada a partir de diversas perspectivas: política, financeira, jurídica, institucional, organizativa, tecno-assistencial e ética. Em que pese as suas particularidades e especificidades, o processo brasileiro é contemporâneo de um intenso movimento de reforma dos sistemas de saúde em toda a parte, em âmbito internacional, onde a discussão dos limites e possibilidades da mudança se reproduz.

Vários estudos têm se preocupado em avaliar em que medida as políticas propostas vêm efetivamente sendo implementadas e em que grau. Alguns estudos no Brasil têm mostrado que as características do contexto de implantação respondem, em grande medida, pelo sucesso ou insucesso de políticas setoriais (Heimann, 1998; Viana, 2002; Vieira-da-Silva, 2005). Em Québec, ao analisar a descentralização e integração de serviços, Contandriopoulos et al. (2004) ressaltaram que, mesmo em situações onde se observava a existência de arranjos legislativos e estruturais idênticos, houve um elevado grau de variação inter-regional nos processos implantados.

A implementação de políticas de saúde tem dinâmicas próprias e resulta em efeitos que apresentam grande variabilidade. Estas estão relacionadas a um leque de fatores e apesar das inúmeras iniciativas de análise, vários aspectos permanecem obscuros em relação às necessidades de compreensão do sucesso ou insucesso na implantação das mudanças organizacionais nos sistemas de saúde.

Por exemplo, no Brasil, a reforma sanitária articulou-se ao próprio processo de democratização do país, fazendo-se acompanhar, no plano simbólico, por um ideário que teve expressão, inclusive, no arcabouço jurídico-institucional, através dos Artigos relativos à saúde na Constituição Federal, e dos princípios e diretrizes orientadores do Sistema Único de Saúde, constantes da Lei Orgânica e legislação complementar. Contudo, pouco se sabe em que

medida tem havido correspondência entre o sucesso ou insucesso das inovações organizacionais propostas e o conjunto de valores que efetivamente têm orientado as práticas desenvolvidas pelos atores.

No campo da avaliação de programas sociais em saúde, tem-se problematizado a questão do contexto através da chamada análise de implantação que busca compreender, fundamentalmente, as relações que se estabelecem entre este e as intervenções na produção da variabilidade de efeitos observados (Denis & Champagne, 2000).

A análise de implantação busca “desmontar” a caixa preta onde ocorre o processo de transformação de uma intervenção, estudando como variações contextuais produzem variabilidade na implantação e nos efeitos de uma intervenção (Contandriopoulos et al., 2000a; Denis & Champagne, 2000).

Uma pesquisa, por nós realizada, que pretendeu avaliar a modalidade da atenção primária e do grau de implantação de redes integradas de atenção à saúde em municípios baianos, através de dois estudos de caso (Artigos 1 e 2), mostrou a existência de diferenças importantes em seus resultados, embora os municípios-caso apresentassem semelhanças em relação a diversas variáveis contextuais políticas e sócio-econômicas - porte populacional, IDH e renda percapita, continuidade administrativa da gestão municipal, filiação partidária do prefeito e secretário municipal de saúde – além da adesão a um projeto de mudança na direção da organização de um sistema de saúde orientado pela atenção primária.

Nestes casos, como em outros, a necessidade de aprofundar o estudo dos contextos decorre do fato de que os sistemas de saúde, enquanto sistemas organizados de ação, são extremamente complexos e apresentam dinâmicas próprias, relacionadas com os valores e a organização social em que se encontram, e com as relações que os atores que interagem no sistema estabelecem entre si (Contandriopoulos et al, 2000b; Contandriopoulos, 2002).

A investigação dessa dinâmica apresenta-se, assim, como um fator de fundamental importância para o entendimento dos efeitos observados na implantação de uma intervenção (uma política, um programa, uma prática), em relação ao que seria esperado e, na perspectiva aqui adotada, apresenta-se como elemento integrante, constitutivo e constituinte do próprio contexto a ser investigado.

Assim, o primeiro objetivo deste artigo é discutir a contribuição de alguns autores para a compreensão da dinâmica do sistema de saúde de modo a balizar a construção de um modelo teórico-lógico para a análise do contexto que privilegie a análise da dinâmica de sistemas de saúde, capaz de apoiar a pesquisa empírica de casos concretos.

O segundo objetivo deste artigo é discutir a aplicação do modelo utilizado e seus resultados em dois estudos de caso em municípios do Estado da Bahia.

2. Elementos para a construção de um modelo teórico-lógico

Sistema de saúde, sistema de valores, regulação e mudança institucional

Genericamente, o sistema de saúde pode ser definido como “um sistema organizado de ações cuja finalidade é melhorar a saúde da população e intervir sobre as doenças” (Contandriopoulos et al, 2000b). Para além de sua função social explícita, entretanto, pode-se compreender, que o sistema de saúde cumpre outras funções sociais relacionadas à produção e reprodução da sociedade. A função de reprodução da força de trabalho, mas também de realização do capital num ramo específico (indústria de equipamentos e insumos), assim como a função de contenção social têm sido aspectos bem assinalados pela literatura desse campo de conhecimento. Assim também, as conseqüências e contradições que as funções sociais do sistema de saúde produzem sobre os indivíduos e a coletividade têm sido tematizadas por diversos autores no campo da saúde (a diferenciação do acesso em função do valor social da força de trabalho, a medicalização da fome e da miséria, a utilização desmedida e

desnecessária de equipamentos pela criação de necessidades de consumo, etc) ao menos no Brasil e na América Latina (Testa, 1997; Teixeira, 1989; Laurell, 1995).

No curso da história da humanidade, a implantação de modelos de atenção e de organização de sistemas de saúde nas sociedades ocidentais correspondeu a paradigmas que articulam uma determinada compreensão do processo saúde-doença, um modo de valoração social do corpo e uma “nosologia” classificatória da legitimidade e autoridade dos agentes responsáveis pela prestação do cuidado em saúde, estabelecendo, definitivamente, a relação entre sistema de saúde e sistema de valores. Ambos, em seu conjunto e como parte de uma mesma totalidade, apresentando uma correspondência com o modo de organização e os valores presentes na própria sociedade (Canguilhem, 1978; Mendes-Gonçalves, 1988; Testa, 1992; Contandriopoulos et al. 2000b).

Com respeito à evolução histórica, o predomínio do modelo médico hegemônico na conformação das práticas de saúde das sociedades capitalistas modernas refletiu um conjunto de mudanças sociais que abarcou os séculos XVIII e XIX e que, de acordo com a breve sistematização realizada por Testa (1997), se caracterizou por um pensamento sobre a saúde baseado numa concepção de ciência que eliminou o sujeito, seja como sujeito de reflexão “do que fazer científico”, seja como objeto dessa reflexão. Isto resultou, no plano da luta de idéias, numa inclusão subordinada da epidemiologia à concepção epistemológica da clínica, marcadamente positivista, e que implicou na perda do caráter público da saúde e na consolidação do saber biológico como saber organizador das práticas.

Nessa mesma linha de argumentação, Mendes-Gonçalves (1988) chama a atenção para a emergência de um modelo de organização tecnológica fundado numa concepção instrumental de doença que procedeu a uma subordinação inversa do coletivo ao individual e de intervenção sobre o coletivo através do individual.

Analisando a crise dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos e os processos de reforma, Contandriopoulos (2003) postula que as questões relacionadas às transformações dos sistemas de cuidados não são apenas operacionais, técnicas ou, mesmo, econômicas, mas, fundamentalmente éticas, e colocam em questão o sistema de valores da sociedade e o papel do Estado.

O autor desenvolve um modelo para a análise da dinâmica dos sistemas de saúde, baseado, sobretudo, na teoria da ação social de Bourdieu. Sustenta que a regulação dos sistemas de saúde é o resultado de uma negociação entre quatro lógicas de regulação distintas: profissional, tecnocrática, econômica e democrática. “Cada lógica constitui uma linguagem à parte, fundada sob uma visão particular do sistema de cuidados, da racionalidade que deverá orientar suas decisões, do funcionamento que deverá ter em seu seio, do lugar e do papel dos diferentes atores e das relações que este sistema deverá ter com o restante da sociedade” (Contandriopoulos et al, 2000b).

Para o autor, um ator pode ser definido como “um agente ou um grupo organizado de agentes que interagem com outros num espaço social estruturado (um campo) para reforçar sua posição, mobilizando, simultaneamente, estratégias de cooperação e de enfrentamento com o objetivo de controlar os recursos críticos do campo (Contandriopoulos, 2003)”.

Cada ator se caracteriza de forma indissociável e recursiva por suas estruturas mentais e cognitivas (sua visão de mundo, seus conhecimentos e suas crenças, suas intenções e projetos), os recursos (econômicos, culturais, sociais e biológicos) que possui ou que ele controla e que definem sua posição no campo e, finalmente, suas disposições.

A lógica profissional, que dominou os países desenvolvidos durante toda a primeira parte do século XX, tem sua legitimidade baseada, de uma parte, nos gigantescos progressos da medicina científica e de sua capacidade de intervenção e, de outra, no fato de que a aplicação dos conhecimentos biomédicos aos problemas de um indivíduo particular jamais é

direta ou automática. Nesse modelo de regulação, o sistema de cuidados é concebido como um enorme dispositivo que permite que cada vez que um paciente e um profissional se encontrem, o último possa exercer sua expertise profissional em nome do paciente, da maneira mais livre e mais completa possível. O médico está no centro do sistema de cuidados, o emprego de recursos repousa sobre suas decisões e a profissão se coloca como representante do interesse coletivo.

A lógica tecnocrática parte do postulado de que é possível, racionalmente e mobilizando o método científico, definir o modo de emprego ótimo dos recursos para melhor satisfazer as necessidades (necessidades tomadas aqui como necessidades de serviços de saúde) da população. As decisões relacionadas ao sistema de saúde deveriam estar subordinadas a um processo racional de planificação, uma programação detalhada de atividades, uma definição ótima de recursos, uma avaliação de resultados obtidos. Segundo essa lógica, os *experts* (diria, os tecnocratas) estão no centro das decisões. Esta lógica se apresenta como racional, apolítica, inteiramente devotada ao interesse coletivo.

A lógica de mercado, apoiada sobre a teoria econômica neo-liberal, baseia-se na crença de que a alocação de recursos é ótima quando se permite o funcionamento livre do jogo da oferta e da demanda na concorrência de mercado. Nesta concepção, os bens de saúde não são verdadeiramente diferentes de outros bens, ainda que apresentem certas particularidades, e o Estado deve se restringir a limitar as imperfeições do mercado.

Contandriopoulos (2000b) retrata a história recente dos sistemas de saúde (século XX) das democracias ocidentais por referência à instauração e dominação dessas três diferentes lógicas: a fase 1 – do início do século à década de 70, de predomínio da lógica profissional e de implantação dos regimes públicos de seguro-saúde; a segunda fase, que vai até o fim dos anos 80, se caracteriza por uma certa desqualificação da lógica profissional em favor das outras duas lógicas; e a terceira fase, iniciada nos anos 90, caracterizada por uma percepção

geral de crise do sistema de saúde, propondo o autor uma “terceira via” para a saída da crise, inspirada em uma lógica democrática. Nesta, encontram-se em jogo três grandes valores em torno dos quais as sociedades democráticas são organizadas: a eficiência, a equidade, e a liberdade individual.

A eficiência se manifesta pela necessidade, num contexto em que os recursos são raros, de otimizar um resultado em saúde ou em qualidade dos cuidados em função dos recursos mobilizados para esse fim (Contandriopoulos, 2000b). A eficiência se traduz em valor quando se aplica à exigência social que é feita ao Estado para utilizar da melhor forma os recursos coletivos com vistas a maximizar uma vantagem coletiva e de prestação de contas (Contandriopoulos, 2003).

A equidade faz referência a uma responsabilidade coletiva, reporta-se a um julgamento moral sobre a alocação de recursos e repousa sobre um princípio de justiça social. A equidade em um determinado espaço corresponde necessariamente a uma iniquidade em outro espaço (Contandriopoulos, 2000b; Sen, 2000).

A forma concreta que assume a equidade resulta da escolha ideológica do que, na sociedade, deve (é o mais importante) ser repartido de modo igual entre todos os indivíduos, grupos, regiões, etc (Contandriopoulos, 2003).

A autonomia ou liberdade é um valor individual e faz referência à capacidade do indivíduo agir com independência, de tomar decisões. Também, a esse respeito, a opção ideológica vai definir que concepção de autonomia está em jogo. Se se trata apenas da liberdade face à lei ou à capacidade de ter os recursos necessários (conferindo integridade e dignidade humanas) para poder exercer tais escolhas (Contandriopoulos, 2000b).

O valor da liberdade individual está relacionado ao valor da cidadania uma vez que “é na esfera pública, através da liberdade e da cidadania, onde há realização plena da condição humana” (Arendt, 1991 apud Escorel, 1993).

No processo de redemocratização da sociedade brasileira, o debate sobre a democracia da saúde esteve marcado por uma reflexão teórica e política em torno da questão da cidadania. Os direitos, formalmente constituídos, não se traduziram em possibilidade real dos indivíduos se apresentarem na esfera pública (dimensão política), no mercado de trabalho (dimensão econômica) ou de ter acesso a bens sociais (dimensão social) configurando a existência real de situações de não-cidadania (negação prática dos direitos) e de cidadanias distintas (benefícios diferenciados a grupos de trabalhadores como privilégios, aos invés de direitos universais), evidenciando-se, assim, a condição de uma cidadania regulada pela condição do indivíduo no mercado de trabalho e sancionada pelo Estado (Teixeira, 1989; Escorel, 1994). O movimento da reforma sanitária levantou a bandeira da “saúde e cidadania” e esta, enquanto valor fundamental do processo de reorganização da atenção à saúde no país, teve expressão na formulação central da Constituição Federal, demarcando e mediando a relação entre indivíduo e Estado.

O debate teórico e político sobre a democracia da saúde no Brasil incorpora, como valor central, a noção de cidadania, sendo a liberdade individual de escolha mediada pela condição de cidadania.

Contandriopoulos (2000b) assinala que, numa sociedade democrática, os três valores (ponderados diferentemente pelos diversos atores) são simultaneamente necessários e encontram-se permanentemente em contradição uns com os outros, de tal sorte que é difícil se avançar na configuração do sistema em direção a um valor sem que isso signifique um retrocesso em relação a, pelo menos, um dos outros dois. Entretanto, para que os processos de mudança se orientem numa direção que respeite os valores profundos da sociedade democrática, é necessário que eles sejam coerentes com esses três valores.

O sistema de representações dos atores se articula em torno de quatro pólos: os valores democráticos, as representações de saúde seus determinantes, a percepção sobre a repartição

ótima de responsabilidades entre os atores, a concepção de regulação de sistema de saúde (Contandriopoulos, 2002).

Uma transformação radical do sistema de saúde implica, necessariamente, uma reconfiguração da sua estrutura de regulação, isto é, do espaço virtual estabelecido pelos quatro eixos que definem as diferentes lógicas de regulação (profissional, tecnocrática, de mercado e democrática). Esta transformação requer uma redistribuição de recursos materiais, financeiros e simbólicos entre os diferentes grupos de atores, o que significa uma mudança de suas posições relativas no sistema. Isto exige que o sistema dominante de valores e crenças se transforme (Contandriopoulos, 2000b).

A implementação de processos de reforma nos sistemas de saúde implica em mudanças para além das suas estruturas física e organizacional. Há uma dimensão invisível dos processos institucionais, a que Testa (1997) chama de “alma institucional”, que sustenta seja a reprodução, seja a inovação nas instituições de saúde, ou, em outros termos, seja as mudanças adaptativas – reprodutoras do “estado de coisas” vigente – seja as mudanças transformadoras, instituintes de novos paradigmas.

A relação entre sistema de saúde e sistema de valores confere uma coerência interna ao funcionamento do sistema, de sorte que os diversos agentes e atores vivem a cotidianidade do seu trabalho sem colocar em cheque os pressupostos que o orientam, normalizando a normatividade que o regula (Canguilhem, 1978). A relação entre sistema de saúde e sociedade, por sua vez, assegura uma coerência de outro nível, ajustando o sistema de saúde às funções que lhe são adequadas na organização social.

Mantidas as condições estruturais de organização e a relação de forças entre os atores no sistema, a coerência interna e externa asseguram sua estabilidade num percurso esperado. Do mesmo modo, momentos de crise promovem abalos não apenas na organização e conformação dos modos de organização, como também, no equilíbrio entre valores e crenças

existentes em dado momento, abrindo possibilidades de questionamento do *status quo* e da emergência e instituição de novos valores (Contandriopoulos, 2000b).

A necessidade da mudança, derivada ela mesma das contradições do sistema e manifestada pela insatisfação de diferentes atores sociais, promove a mobilização destes na busca de novas configurações, de novos rearranjos institucionais, de um processo de instituição de novos modelos organizacionais de relações entre os indivíduos e grupos sociais.

O desafio da mudança é também o desafio de lutar contra a inércia que resulta da tendência à reprodução de práticas que, por sua vez, refletem a introjeção de valores que os sujeitos cristalizaram no seu processo cotidiano de aprendizagem⁵³. Por isso, a mudança de valores não significa apenas uma aceitação racional de novos valores, mas implica numa reflexão profunda da medida exata em que uma prática, um processo, um modo de organizar, uma instituição de relações reflete e reproduz determinados valores. Daí a importância do pensamento crítico e, ao mesmo tempo, de uma prática que critique o pensamento, no sentido de que ela interroge sempre o que já estabelecido como dado, como normal, como natural.

Nesse sentido, a implementação da mudança exige a criação de condições favoráveis à sua emergência e à difusão de novos valores, o que, provavelmente, está relacionado a outros processos de aprendizagem (*entrepreneurship* social), a processos de formação de pessoal, à criação de espaços que permitam que os atores elaborem e testem novas práticas, a um processo de debate e publicização que permita uma reflexão profunda sobre as práticas de saúde e, sobretudo, o aprofundamento do processo de regulação democrática dos processos no âmbito do sistema de saúde.

Os tipos de poder no sistema de saúde

Para que possam disputar em busca do controle dos recursos do sistema de saúde, os atores precisam dispor de alguma forma de poder. O poder aparece, assim, como uma

⁵³ O autor discute a questão da introjeção de valores e aprendizagem a partir de Bourdieu.

categoria chave para a análise da dinâmica de sistemas de saúde, uma vez que são as relações de poder que definem a conformação e a lógica predominante de regulação do sistema. O modelo proposto por Contandriopoulos não problematiza, entretanto, esta categoria, não discutindo o conceito nem as especificidades do poder conferidas pelo campo da saúde. Na literatura latino-americana, a grande contribuição à análise do poder em saúde se encontra na obra de Mário Testa, especialmente em seu livro *Pensar em Saúde* (Testa, 1992). O poder é referido como uma capacidade de um indivíduo, grupo social ou instituição manejar informação, recursos e mobilizar grupos, configurando os três tipos principais de poder com os quais se lida na Saúde, respectivamente, técnico, administrativo e político. O poder técnico lida com informações do tipo “médica”, “sanitária”, “administrativa” e “marco teórico” e opera em diversos âmbitos. O poder administrativo tem como sua expressão principal o financiamento. O poder político sustenta-se, basicamente, por uma determinada visão da realidade e é gerado de duas maneiras: a partir da experiência prática ou a partir do conhecimento científico.

No desenvolvimento das categorias analíticas e operativas, Testa (1995) estabelece uma analogia teatral, tomando como elementos o cenário, os atores sociais e o drama que se desenrola do agir dos próprios atores sociais, através do desenvolvimento de uma estratégia de ação. O cenário é o espaço onde se desenvolve a ação, espaço social que pode ou não conter um espaço físico, espaço social que se configura numa relação entre os atores, gerados, por sua vez, ao desenvolver-se uma ação. Espaço social é, no dizer do autor, um “campo de forças”. Resulta das tensões produzidas pelas ações dos diferentes atores. Os atores sociais (atores individuais e coletivos), são sujeitos que se constituem (em atores) num processo de ideologização que se produz pelas condições gerais em que se realiza seu processo de trabalho (Testa, 1995).

3. Metodologia

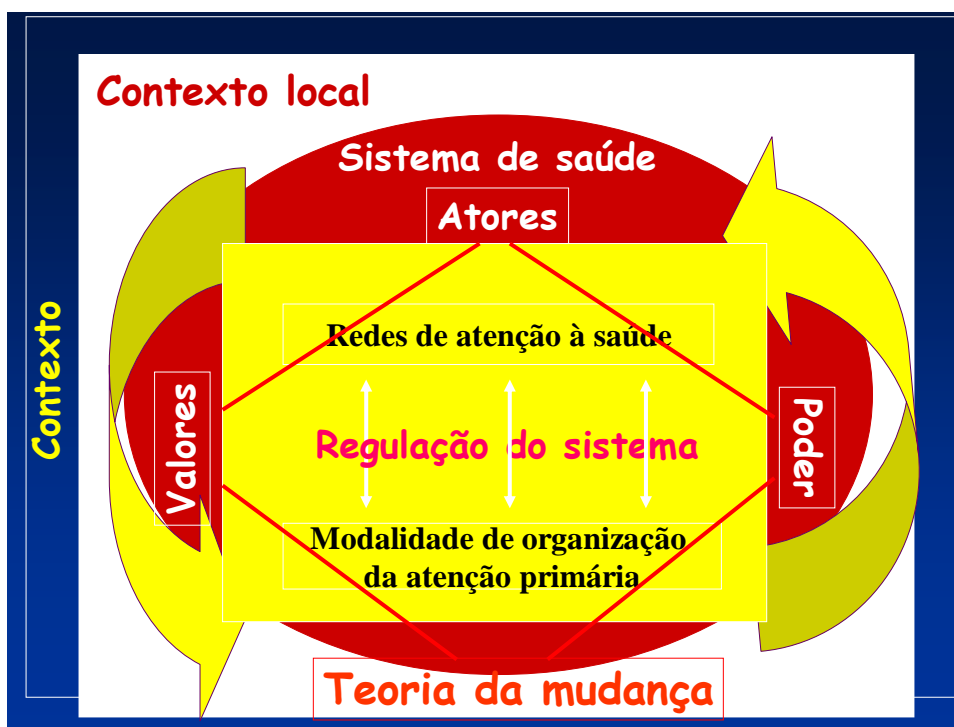
3.1 Formulação do modelo teórico-lógico

O modelo teórico-lógico construído para a análise da dinâmica dos sistemas de saúde baseou-se nos mecanismos de regulação de sistemas de saúde proposto por Contadriopoulos, desenvolvido em diversos de seus artigos e referendados neste trabalho. O modelo incorpora as contribuições de Testa (1992, 1995 e 1997) no estudo das relações entre os atores, especialmente através da adoção da categoria poder, nela incluindo o poder simbólico, por considerá-lo central na obra de Bourdieu (Figura 1). O poder ou capital simbólico “é uma propriedade qualquer – força física, riqueza, valor guerreiro – que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação que lhes permitem percebê-las, conhecê-la e reconhecê-la, torna-se simbolicamente eficiente, como uma verdadeira força mágica” (Bourdieu, 1994:187). “É um capital de base cognitiva que repousa sobre o conhecimento e o reconhecimento”. (Bourdieu, 1994:161).

Neste modelo, o sistema de saúde é concebido como um campo situado no espaço social, estruturado por e estruturante do campo de forças em que se relacionam os diferentes campos, conformado pelas características do processo histórico e da organização social no qual se insere, mantendo coerência com o conjunto de práticas e a estrutura simbólica que definem a organização da sociedade num dado momento histórico.

Enquanto tal, é parte de uma totalidade histórica socialmente definida, produtor e reprodutor, não apenas de condições materiais (reprodução e contenção da força de trabalho, reprodução de capital), mas, também, de condições não-materiais – simbólicas – da vida social.

Figura 1 – Modelo teórico da pesquisa



O sistema de saúde se expressa enquanto instituição no sistema de serviços de saúde. Este é definido como um espaço organizacional delimitado que contempla uma tensão permanente entre instituído/instituinte.

A organização do sistema de saúde reflete uma dada condição de equilíbrio e hegemonia de práticas e concepções vinculadas a determinados atores sociais, estabelecidas mediante uma conformação definida das relações de poder entre eles. Estas não são sempre imediatamente aparentes na interação, tal que se possa observar, e contribuem para manter o *status quo* e a inércia do sistema.

Um ator é definido como “um agente (ou um grupo organizado de agentes) que interagem com outros num espaço social estruturado (um campo) para reforçar sua posição,

mobilizando simultaneamente estratégias de cooperação e de enfrentamento com o objetivo de controlar os recursos críticos do campo”⁵⁴.

As mudanças na direção da reorganização do sistema de saúde requerem a introjeção de novos valores e instituição de novas práticas pelos atores, o que implica a reconfiguração das relações de poder estabelecidas entre eles.

3.2 Estratégia da pesquisa

O estudo do contexto foi realizado a partir de uma perspectiva político-contingente da análise de implantação das intervenções, o que significou considerar o sistema de saúde como uma organização em que os atores perseguem estratégias diferentes, vinculadas à sua posição e seus valores, contingenciadas pela estrutura da organização onde eles atuam (Denis & Champagne, 2000).

Nesse sentido, foram priorizadas para análise do contexto duas dimensões, a saber: “conformação do sistema de saúde” e “regulação do sistema de saúde”. A dimensão “conformação do sistema de saúde” apresenta três sub-dimensões: “estrutura do sistema de saúde”, “evolução da organização do SUS no município” e “apoio político e social ao SUS no município”. A dimensão “regulação do sistema de saúde” compõe-se das seguintes sub-dimensões: “características dos atores”, “concepções dos atores” e “operacionalização dos princípios democráticos”.

O Quadro 1 apresenta os critérios utilizados para análise em cada subdimensão.

Foram utilizadas as seguintes fontes de informação:

❖ sistemas de dados nacionais demográficos e de saúde, obtidos através do Datasus (www.datasus.gov.br): Censo 2000 e estimativas populacionais (IBGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial

⁵⁴ Para fins de exposição dos resultados e discussão, será utilizado o termo agente para o indivíduo e ator para o grupo.

(SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), banco de dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE);

- ❖ documentos técnicos dos municípios relacionados a processos de gestão e organização do sistema de saúde (planos de saúde, relatórios de gestão, projeto de expansão do Programa de Saúde da Família -PROESF-, documentos técnicos dos setores de atenção básica);

- ❖ entrevistas semi-estruturadas com representante dos quatro grupos de atores no município;

- ❖ diário de campo do pesquisador principal, incluindo observação de reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Foi obtido consentimento escrito dos entrevistados e assegurado sigilo, tanto dos entrevistados quanto dos municípios.

Os dados qualitativos produzidos através de entrevistas foram processados com o auxílio do NVIVO (versão 2.0).

4. Resultados

4.1 Conformação do sistema de saúde nos municípios estudados

A construção do sistema de saúde no Município A é marcada por uma história de extrema fragilidade na organização do sub-sistema público e no estabelecimento de unidades privadas de saúde através, principalmente, de consultórios isolados, o que teve relação, segundo o gestor, com as características próprias do mercado regional de procura/oferta de serviços, de sorte que, em função da proximidade com grandes centros urbanos, mesmo a rede privada não apresentou uma expansão compatível com a demanda por serviços de saúde na região. Isto veio impactar, posteriormente, quando da implantação do SUS, na capacidade tecnológica disponível (equipamentos e serviços de saúde), ainda restrita no município.

Na rede de serviços públicos de saúde, predominam aqueles que desenvolvem as ações próprias da atenção primária à saúde, sendo todos de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde. Só existem 3 unidades estaduais, sendo uma delas o hospital geral. Os serviços privados são responsáveis por uma parcela considerável dos serviços de média complexidade e a quase totalidade das ações de alto custo (exceto terapia renal substitutiva, que é ofertada mediante contratação ao setor privado no município) são ofertadas pela rede estadual, fora do município.

Um laboratório e uma farmácia básica municipal constituem o sistema de apoio às unidades de saúde do SUS. Além disso, o sistema conta com alguns instrumentos de suporte à sua organização, quais sejam, uma central de marcação de consultas e atendimentos especializados e um sistema de auditoria - ambos ainda pouco estruturados – e um centro de processamento de dados que gerencia os sistemas de informação do município. Em relação a este último, vale ressaltar que a pesquisa de campo permitiu identificar uma série de problemas relacionados à validade dos dados produzidos. Os instrumentos gerenciais de apoio à gestão, quando existem, são pouco utilizados e cumprem uma função de “prestação de contas” a outras instâncias do sistema de saúde.

Os nossos instrumentos de gestão, eles foram construídos, mas eles não foram observados. Como o quê...? Tipo o plano municipal de saúde, a agenda, essas coisas. Basta lhe dizer que a agenda de saúde do município eu não a tenho ainda. E olhe que eu já sou gestor há um ano. É uma coisa que a gente vai construir de agora para frente. Quadro de metas, eu nunca vi. Não tem? Se tem, foi uma coisa formal para cumprir alguma determinação, que foi enviada para a Secretaria de Estado, mas aqui no município não ficou cópia.

A construção do sistema municipal de saúde se fez graças ao investimento de recursos para o setor público que adveio, de fato, com o processo de municipalização, através do aporte de recursos externos, especialmente os repassados pelo governo federal (teto financeiro e projetos). Por exemplo, de 2003 a 2005 mais de 80% dos recursos executados pelo Município foram provenientes do Fundo Nacional de Saúde. Ainda assim, a expansão do subsistema público se fez mediante um processo de idas e vindas, com um quadro técnico

considerado insuficiente em relação à capacidade instalada disponível. Algumas razões são mencionadas para o fato, a exemplo da necessidade de demitir pessoal para o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (em 2003), a instabilidade de profissionais vinculados ao Programa de Saúde da Família com grande rotatividade de pessoal, a dificuldade de atrair profissionais qualificados em função das já mencionadas especificidades do mercado regional, ou mesmo a percepção de que o sub-sistema público ‘não foi construído no município com muita responsabilidade’, o que fez com que muitos profissionais migrassem para a iniciativa privada.

Pode-se dizer que, em termos de experiência institucional na gestão da saúde, o município ainda tem um longo caminho a percorrer. Além da própria questão da temporalidade – isto é, da implantação recente (menos de 5 anos) da quase totalidade das unidades municipais de saúde hoje existentes - o município foi habilitado em gestão plena do sistema municipal de saúde (NOB/96) sem ter passado pela experiência de habilitação em gestão plena da atenção básica. Além disso, a gestão da Secretaria sofreu muitas mudanças administrativas, com 4 gestores nos últimos 5 anos. Tudo isto leva a crer que não houve oportunidade de acumular um grande aprendizado institucional em termos da gestão em saúde.

As relações políticas locais, por sua vez, têm criado outros tipos de constrangimentos ao sistema de saúde. A composição política da Câmara de Vereadores é extremamente desfavorável, com menos de 30% dos vereadores pertencentes à Coligação que apoiou o prefeito nas últimas eleições. Apesar disso, há menção dos entrevistados de que há uma grande habilidade política do prefeito na aprovação de projetos da Saúde. As relações da SMS com a Diretoria Regional de Saúde do Estado são caracterizadas como “um pouco frias” pelo fato de que o diretor é ligado a partido político de oposição ao governo municipal. Há relatos,

também, de que empresários da Saúde afinados com outros partidos recusam-se a realizar convênios com o SUS.

Os atores do município concordam que a Saúde é uma prioridade do governo. O gasto per capita com saúde no município foi de, aproximadamente, cem reais no ano de 2003. No âmbito da Prefeitura, o Setor Saúde ocupa uma posição de destaque (com cerca de 40% do total do orçamento), entretanto com pouca autonomia administrativa, sendo esta, inclusive, uma das queixas do próprio gestor, limitante da sua capacidade gerencial na condução do sistema. Há assim uma certa tensão na relação com outras secretarias pois, se por um lado, a Saúde detém grande parcela dos recursos, por outro, não há autonomia para manejo dos mesmos e o agente que conduz o processo, não sendo um quadro de linha de frente do movimento político local, tendo sido escolhido, em grande medida, pelo seu perfil técnico, situa-se numa posição de certa fragilidade na configuração das relações de poder no contexto municipal. Esta posição justifica certas “concessões” que o gestor refere precisar fazer para manter a governabilidade do sistema, como ilustrado no exemplo abaixo:

Você acha que existe ingerência política e partidária nas decisões da Secretaria? Político-partidária, não. Na indicação de pessoas, de cargos? Temos, mas não é uma coisa impositiva. Se a gente identificar que essa pessoa ou aquela não tem realmente condição, a gente tem como fazer a substituição e redirecionar. Não é uma coisa impositiva não. Às vezes a gente tem que ceder por governabilidade. A gente tem que ter a clareza de que a gente tem que ter governabilidade. Não posso rejeitar tudo. O que é possível agregar, a gente agrega. O que não é a gente diz ‘olha, isso aqui não é possível porque vai dar esse problema’. Eu já tive necessidade de me posicionar dessa forma e não tive nenhum problema.

O gestor menciona que os principais apoios externos à gestão municipal da saúde têm sido o próprio Ministério da Saúde e as universidades. O primeiro, no estímulo à implantação de projetos estruturantes da organização do sistema de saúde – como o PROESF – e as universidades, sobretudo através da assessoria técnica na implantação de projetos, aumentando a capacidade gerencial da SMS.

O município B é um pólo regional importante, apresentando, no que se refere à estrutura do sistema de saúde, uma rede de serviços bastante complexa. O setor privado

possui mais de 70% dos estabelecimentos de saúde e uma rede privada não conveniada ao SUS bastante desenvolvida: grande número de policlínicas, clínicas e ambulatórios de especialidades e hospitais especializados (Quadro 2). Ainda assim, a rede SUS apresenta uma oferta variável e abundante de serviços de média e alta complexidade, havendo problemas de oferta no município apenas em algumas áreas muito específicas (como psiquiatria, por exemplo). Os estabelecimentos estaduais se restringem a quatro unidades, incluindo um hospital geral.

O sistema de saúde conta com instrumentos de apoio importantes: um laboratório com elevada capacidade de realização de exames, uma central de marcação de exames e consultas bem equipada, uma central de processamento de dados com alto grau de organização e capacidade de desenvolvimento de tecnologias, tendo, inclusive, criado uma ferramenta para integração de sistemas de informação, um sistema de controle e auditoria bem estruturado, contando com uma equipe de mais de 100 auditores municipais.

A mudança do grupo político que conduzia a gestão municipal em 1997 foi marcada por um grande embate, sendo o campo da saúde palco e expressão das contradições e conflitos existentes no município, constituindo a reorientação do modelo de atenção uma das bandeiras políticas mais importantes desse grupo.

A fase de embates maiores com o setor privado ocorreu na época em que o município assumiu a gestão plena do sistema de saúde (1999). Foi documentada a existência de fraudes em relação a grandes prestadores privados, tendo a gestão municipal investido firmemente na estruturação de um sistema de auditoria, controle e regulação, tendo sido desbaratados vários ‘esquemas montados’ de corrupção. Após esse período, no dizer de um dos agentes “quem tinha de quebrar, quebrou; quem tinha de sair, saiu” de sorte que, após a forte queda-de-braço entre gestão municipal e setor privado, “sobreviveram” aqueles que se dispuseram a subordinar-se às regras estabelecidas pela SMS de contratação de serviços e/ou os que

independiam dos recursos do SUS para manter-se. Regras que vêm sendo cada vez mais aprimoradas, com protocolos de propostas de licitação cada vez mais detalhados no cumprimento de exigências consideradas mínimas na prestação do cuidado. Por exemplo, os serviços privados contratados pelo SUS não estavam realizando cirurgias aos domingos porque a corporação de anestesistas havia definido que os médicos anestesistas não realizariam procedimentos pelo SUS nesse dia da semana. O novo edital de contratação do setor privado passou a explicitar a exigência da disponibilidade do profissional anestesista em todos os dias da semana.

Passada a crise, o crescimento do sistema⁵⁵ fez com que, concretamente, na atualidade, continue existindo grande abertura de mercado para a rede privada. Assim, neste estágio atual, embora tenham sido aumentadas as exigências e restrições no que se refere à contratação de serviços privados, a SMS continua sendo um grande comprador de serviços.

A gestão municipal da saúde que antecedeu à atual foi marcada pelo que se tem chamado de “empreendedorismo militante” (Goulart, 2003), com um perfil de gestor que aliava carisma pessoal e competência técnica, com grande habilidade na condução do processo de gestão no município que propiciou, inclusive, a captação de recursos financeiros externos e de profissionais com elevado grau de qualificação técnica para compor o quadro pessoal da SMS e dos serviços municipais.

Há menção de que as relações estabelecidas no sistema de saúde entre os agentes da SMS e os demais atores do sistema foram construídas e sustentadas, sobretudo, com base no carisma e habilidade de determinados agentes. Isto, por um lado, viabilizou a implantação de inúmeras ações e a resolução de vários problemas e, até, possibilitou um aprendizado institucional da gestão⁵⁶ e um crescimento profissional que se multiplicou, produzindo a

⁵⁵ Um dos dados que ilustra o crescimento exponencial do sistema é o de profissionais diretamente vinculados à rede pública municipal, passando de 190 em 1997 para mais de 2.000 no ano de 2003.

⁵⁶ Acresce-se o fato da experiência na gestão plena da atenção básica, experimentado pelo município um ano antes.

formação de novos quadros na militância da saúde. Entretanto, dificultou, por outro lado, a institucionalização de processos de gestão e regulação, por exemplo, na relação entre coordenações e entre setores da SMS. O estilo carismático produziu, dentre outras coisas, uma forte centralização da gestão no que se refere aos processos decisórios internos à SMS. Era uma gestão com grande capacidade de ausculta - tanto com relação a demandas populares como ao próprio corpo técnico da SMS - porém com grande centralização do processo decisório, que tomava para si a direção e responsabilidade de viabilizar alternativas capazes de solucionar os problemas, o que se fazia graças à competência técnica e criatividade do gestor.

A nova gestão se viu diante da necessidade de redefinição dos processos gerenciais, sendo destacada a grande dificuldade de condução da SMS e a necessidade de definição clara de hierarquia, de uma certa “burocratização” do *modus operandi* do funcionamento da SMS. Tanto no âmbito municipal como na Saúde, os gestores se viram face ao desafio de dar continuidade a uma política cujas bases de sustentação estavam fortemente assentadas no carisma e no compromisso pessoal entre agentes, além de uma base de apoio popular, num contexto de contenção de gastos, expansão de oferta e grande participação social. Assim, a racionalização, otimização e burocratização tornaram-se metas gerenciais da equipe de gestão da SMS⁵⁷.

⁵⁷ Isto é ilustrado no seguinte depoimento: “As relações se deram muito num âmbito inter-pessoal, do compromisso, mas, assim, com um vínculo afetivo. E aí o que é que aconteceu? Naquela estruturação, que até que era necessário para garantir o avanço na estruturação da Secretaria como foi dada... mas todo mundo era empoderado, o tempo todo. Existem as seis coordenações de área, como a gente chama hoje, que estão ligadas diretamente ao gabinete, e dentro dessas coordenações tem uma infinidade de serviços. Cada serviço tem gerentes e cada gerente tem seus poderes de definição, de encaminhamento, de resolutividade, e isso, de certa maneira, a gente foi estimulando, (...) essas pessoas, todas, despachavam diretamente com o Secretário.” (...) “Então, a gente começou a observar e a perceber que isso estava travando muita coisa nesse trabalho, porque, na verdade, você não tinha uma linha de ação. Cada um seguia por um caminho que achava que condizia, que era a linha geral que foi desenhada desde o primeiro momento, e aí a gente teve que redesenhar até por conta dessa demanda da reestruturação administrativa, que o próprio prefeito reconheceu. Uma das decisões do prefeito foi, na verdade, descentralizar como estava dada a gestão, mas centralizar as decisões. As ações iam ser descentralizadas dentro de uma linha, de um conjunto de definições que fosse dada pelo sistema, pela política de saúde, enfim, mas a informação tinha que estar centralizada no gestor.” “Até o processo de encaminhamento de documentos, de despachar documentos, a gente não encaminha mais nada direto para gerência, a gente manda

À exceção da representante do setor privado que mencionou que nem a saúde nem a educação são prioridades do governo, os demais atores concordaram de que a saúde é uma prioridade da gestão municipal. O gasto per capita com saúde no município foi de, aproximadamente, cento e sessenta e cinco reais no ano de 2003 e a proporção do orçamento municipal comprometido com gastos com saúde foi de mais de 40% nos três últimos anos, com 16% de gastos do Tesouro Municipal.

Além do peso político que o setor saúde detém no âmbito da gestão municipal, há uma grande legitimidade da SMS frente aos movimentos sociais organizados da sociedade civil, especialmente em função da sua permeabilidade na auscultação de suas reivindicações. Na época da coleta, houve uma manifestação pública de elogio ao gestor na plenária do orçamento participativo, reiterada em entrevista pelo coordenador da Comissão:

Mas por que ela foi destacada? Porque doutora B é uma pessoa que dá ouvido pra gente. A senhora vai lá, conversa com ela. Ela pára para conversar. Ela tem agenda para discutir com a gente em todo momento que a gente chega lá. Então, quando foi feito o elogio a ela lá, foi por causa disso. Porque nós temos outras secretarias, aqui, que a gente chega e não está pronto pra atender a gente.

Apesar de grande poder político e legitimidade, a SMS encontra limites na sua autonomia administrativa, especialmente no que diz respeito aos processos burocráticos de gerenciamento dos recursos. Isto causa transtornos particularmente no que diz respeito à agilidade e dinamismo dos processos gerenciais, impactando na eficiência da gestão. Essa limitação se acentua pela pressão exercida pelo núcleo de administração, finanças e planejamento no sentido de “enxugar a máquina”, consumindo parte da ‘energia’ gerencial dos quadros da SMS.

Em relação ao poder legislativo, há um equilíbrio de forças entre o grupo que apóia e o que não apóia o governo, com exatamente 50% dos vereadores ligados a cada um dos grupos, exigindo um permanente esforço de negociação para aprovação dos projetos da Saúde.

para o coordenador e ele precisa ter ciência para ele poder encaminhar e delegar (...) a gente teve que reformatar isso e hoje o fluxo é do gerente, se chegar alguma coisa aqui direto, sem passar pelo coordenador, eu retorno.”

Além do apoio de grande parte dos movimentos sociais organizados no município, a gestão municipal da saúde encontra sustentação externa em assessorias prestadas por universidades dentro e fora do Estado, por quadros importantes do movimento sanitário e pelo próprio Ministério da Saúde. Esse apoio tem sido considerado pela gestão como essencial na implementação das políticas de saúde no município.

4.2 Regulação do Sistema de Saúde

Concepções e práticas dos atores na regulação do sistema de saúde

- ❖ O Sistema Único de Saúde e seus princípios democráticos: saúde, eficiência, equidade e cidadania

Houve semelhança entre os atores em ambos os municípios na formulação de conceitos abrangentes de saúde (“saúde não é apenas não estar doente”), na compreensão de que a saúde está relacionada a determinantes sociais, de que é um direito do cidadão a ser assegurado pelo Estado e de que o SUS cumpre um importante papel para assegurá-la. As diferentes nuances na definição dos conceitos de saúde se fizeram na maneira de expressar essa formulação (por exemplo, um dos médicos fez referência a “equilíbrio hemodinâmico” enquanto que um trabalhador ressaltou que “sem saúde não se pode ter um bom trabalho”), revelando que a forma de exprimir o conceito se relaciona ao *habitus* de cada agente.

Houve também concordância entre os atores de ambos os municípios, à exceção de representante do setor privado no Município B, de que a saúde é prioridade do governo e de que a atual gestão tem propiciado avanços importantes no sistema de saúde. Os exemplos mencionados estão relacionados à expansão dos serviços de saúde e a implantação do PSF. Os agentes destacam, especialmente, em ambos os municípios, a melhoria de acesso para as áreas rurais.

Eu acho que a questão do Programa de Saúde da Família que foi essencial. Então eu posso dizer que, antes de 97, lá na minha comunidade e nas outras comunidades e nos bairros, falar diretamente da minha, a gente via médico uma vez em cada 2, 3 anos.

A atenção básica é definida pelos agentes como “porta de entrada do sistema” havendo destaque para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Entretanto, se observa um baixo grau de expectativa destes em relação à capacidade de resolução dos problemas nesse nível, à exceção dos gestores que, inversamente, ressaltam a necessidade de que a atenção básica não seja compreendida enquanto uma atenção de pouca tecnologia e resolubilidade. A fala de um representante dos usuários é ilustrativa a esse respeito: “É o primeiro atendimento da gente. Eu não vou ter minha solução ali porque ele não é o especialista. Mas ele vai me atender, vai fazer o básico comigo e vai fazer o encaminhamento.”

Quando indagados sobre os principais problemas da política municipal de saúde, os agentes destacam a questão de “maus tratos”, especialmente em relação aos atendentes e médicos, e a necessidade de humanização do atendimento. Isto é reiterado pelos diversos agentes, mesmo os representantes da categoria médica.

Muitas vezes, realmente, a nossa classe médica tem falhado muito em ter tempo pra ouvir. A gente está correndo. A gente tem que ter cuidado com isso. Isso é um problema do Brasil, que precisa ser encarado.... As denúncias contra os profissionais junto ao Conselho têm aumentado muito...

Ao falarem sobre eficiência, os agentes apresentaram definições que guardaram certa semelhança: “Ser eficiente é quando você executa bem uma ação”. “Eu acho que eficiente é a gente conseguir desenvolver uma ação e atingir aquela meta”. “Eficiência é estar funcionando bem”. “Eu conceituaria como os meios que você usa, de modo eficaz, pra você conseguir, efetivamente, executar ações pra manter a saúde”.

A questão da eficiência aparece, entretanto, como preocupação e um princípio a ser perseguido pelo sistema de saúde apenas na fala dos gestores, que destacam, espontaneamente, a necessidade de otimização dos recursos, qualificação e ampliação do quadro de pessoal para ganho de eficiência.

No município A, o relatório de gestão (2004) aponta como um problema a questão da eficiência das ações e propõe como prioridade para o ano a implantação e implementação do modelo de gestão democrático⁵⁸.

No Município B, buscar a melhoria da eficiência aparece, para o gestor, como um dos pilares da gestão da saúde, tendo em vista o melhor aproveitamento dos recursos, escassos diante das necessidades crescentes e da expansão acentuada da estrutura do sistema de saúde, não equivalente ao aumento da receita. Há relatos de iniciativas para melhoria da eficiência por parte da equipe de gestão, articuladas a processos de planejamento no âmbito da SMS e de unidades de saúde⁵⁹.

A maioria dos membros do CMS no município B e a totalidade no Município A concordaram que existe transparência na prestação de contas da SMS, cujo balanço é apresentado com regularidade no CMS em ambos os municípios. No Município A, os entrevistados foram unânimes em afirmar que inexistem esquemas de corrupção e má administração dos recursos públicos. Já no Município B, a equipe de gestão, reconhece que, apesar de ter havido uma diminuição de fraudes relacionadas ao sistema de saúde, acontecem casos isolados e, cada vez mais, têm sido desenvolvidos mecanismos para o aprimoramento da fiscalização do setor privado pelo setor de Controle e Auditoria (ampliação e capacitação do quadro de pessoal, informatização, definição de protocolos, etc).

A equidade é um conceito nebuloso para a maioria dos agentes e dois entrevistados não se sentiram aptos a defini-la. Certas horas, a equidade é tomada como sinônimo de

⁵⁸ O trecho a seguir ilustra a preocupação com a realização de ações que guardem coerência com os princípios do SUS. Entretanto, até o final do período da coleta, as propostas elencadas, como a implantação de conselhos locais de saúde, ainda não haviam sido implementadas. “Particularmente podemos opinar que mesmo com todos os nossos avanços somos surpreendidos por ações pouco eficientes. Ainda temos o hábito de planejar pouco as nossas ações, fato que procuramos corrigir exaustivamente ao longo destes anos de gestão” “Ações propostas para este núcleo em 2004: implantação e implementação do modelo de gestão democrático, com valorização dos sujeitos sociais, do trabalho e dos espaços institucionais; busca da intersetorialidade; coerência ideológica na execução das políticas públicas na área de saúde com transparência administrativa, prestação de contas e responsabilidade social. Institucionalização do Projeto SUS municipal.”

⁵⁹ São exemplos o movimento de re-estruturação administrativa da Central de Marcação de Exames, da Coordenação da Atenção Básica e a criação do Núcleo de Projetos no âmbito da SMS.

universalidade; outras vezes, os agentes a definem como “dar mais a quem mais precisa”. Alguns agentes demonstraram ausência de clareza sobre a possibilidade de operacionalizar esse conceito: ‘mas quem é que mais precisa?’, indaga um entrevistado. Assim, revela-se, até mesmo, um certo ceticismo ao tratar o tema, como ilustra o depoimento abaixo.

Eqüidade... Eqüidade é uma grande piada! Porque o sistema não tem condição de fazer o que ele deve fazer. Então, ele usa esse terminho bem engraçadinho, que é dar mais a quem precisa de mais. É uma piada, no sentido assim: é uma saída para o sistema. Já que ele não pode dar a todo mundo... (Ele é universal!...) Então, ele tem que priorizar, porque não tem recurso para dar a todo mundo. Na realidade, o sistema tinha que ser igual; não equânime.

Foram mencionadas como iniciativas afinadas com o princípio da eqüidade, em ambos os municípios, o processo de territorialização e definição de prioridades para implantação das equipes de saúde da família, elegendo-se áreas com piores indicadores sócio-sanitários.

Em relação ao princípio da cidadania, os conceitos formulados pelos agentes foram muito semelhantes, ressaltando-se a “consciência de direitos e deveres dos cidadãos numa sociedade” ou a “capacidade de uma pessoa, um cidadão, de exigir seus direitos e cumprir seus deveres”. Ao falar sobre o exercício da cidadania em saúde no município, os agentes mencionaram, especialmente, o mau atendimento nos serviços, as longas horas de espera em filas no Município A e a necessidade de maior humanização do atendimento no Município B.

Em relação à vocalização de demandas individuais, observou-se que apenas o Município B possui uma Ouvidoria. Este setor está ligado diretamente ao Gabinete do Secretário, funciona diariamente, e o usuário pode registrar sua queixa, permanecendo seu nome em anonimato. A queixa é, então, encaminhada ao gerente do serviço onde está lotado o profissional de saúde. As coordenações, então, o convocam e discutem o problema, retornando o processo à Ouvidoria. Segundo entrevistado, a Ouvidoria tem servido como termômetro da qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, auxiliando o gerenciamento de pessoal nas unidades de saúde.

Além da Ouvidoria, o serviço de Auditoria da SMS do Município B procura coibir abusos relacionados a cobranças indevidas a usuários do SUS através da instalação de postos avançados nos maiores serviços de emergência privados, com profissionais treinados trabalhando 24 horas. O Relatório de Gestão apresenta os dados das denúncias registradas e número de usuários ressarcidos.

O principal mecanismo de vocalização de demandas individuais no Município A é o próprio Conselho Municipal de Saúde. O gestor menciona, ainda, que existe uma assistente social responsável por receber as queixas dos usuários e cita como exemplo de cidadania no SUS a possibilidade do usuário expressar sua insatisfação através do 0800 ou pela internet, diretamente ao Ministério da Saúde.

❖ A participação social e cidadã no SUS

Em ambos os municípios, os Conselhos Municipais de Saúde funcionam há mais de 5 anos e apresentam algumas irregularidades⁶⁰ no que diz respeito às representações de seus membros. Entretanto, em ambos os casos, os regimentos estavam passando por um processo de revisão, tendo em vista a adequação à Resolução 333 (BRASIL, 2003), como em vários municípios no país.

À exceção dos representantes do setor privado, no Município B, e das entidades filantrópicas, no Município A, os demais agentes consideraram que os CMS eram representativos da sociedade nos respectivos municípios. No caso do Município A, o agente ponderou que o CMS tem “baixa representatividade” pelo fato de que a representação dos usuários está muito centrada em Associações de Moradores, sendo desejado que fosse mais plural. O representante dos usuários no Município A, embora o considere representativo, ponderou, também, que o CMS deveria ter um perfil mais ampliado da participação de

⁶⁰ No Município A, chamou a atenção o fato de que o representante do setor privado é dono de uma clínica privada que não presta serviços ao SUS, além de ser, também, funcionário do quadro de pessoal da SMS; um dos membros era, ao mesmo tempo, representante de duas entidades, sendo que não pertencia a uma delas em relação à qual ocupava a vaga de suplente. Isto porque o membro de quem assumiu a vaga representava as duas instituições. No Município B, a Câmara de Vereadores tem assento no CMS representando os usuários.

usuários. No caso do Município B, há uma crítica contundente às representações dos usuários no CMS: “Eu acho que tem muita gente de Associação, muita gente que não conhece o que é Saúde, e vai pra lá sem entender por quê. Não conhece nada de lei.” Entretanto, o agente não é capaz de mencionar que alterações deveriam ser feitas para que o CMS se tornasse representativo da sociedade.

Os entrevistados informaram que as principais questões relacionadas à política de saúde nos municípios integram a pauta das reuniões, sendo estas regulares (quinzenal, no Município A e mensal no Município B). Em ambos, são discutidos a prestação de contas e o relatório anual de gestão.

Todos os agentes, sem exceção, atribuíram importância ao CMS, pela possibilidade de participação da população nas decisões relacionadas ao sistema de saúde. Todos os agentes no Município A ressaltaram a independência do CMS e a incipiência de sua atuação, considerando, ao mesmo tempo, que o órgão é parceiro da SMS na implementação de políticas. Entre as razões relacionadas às dificuldades de sua atuação, foram mencionadas a sobrecarga de trabalho do presidente, a falta de autonomia para gerenciamento de recursos e a multiplicidade de representações dos usuários em Conselhos no município, para os quais acabam sendo designadas as mesmas pessoas⁶¹.

Em relação ao funcionamento dos CMS, observou-se que, no Município A, a Presidente trabalha diariamente, um turno, atendendo, entre outras coisas, a queixas de usuários e de prestadores de serviços de saúde. Nesses casos, a agente busca resolver o problema, intermediando a relação entre o demandante e a SMS. O CMS funciona quase que como “escritório de apoio” à gestão municipal, respondendo demandas e intermediando relações com a SMS, sendo um apoiador do trabalho do gestor.

No Município B, os representantes dos gestores destacaram a dificuldade do CMS

⁶¹ A multiplicidade de Conselhos no município acaba por resultar numa espécie de fragmentação de ações interdependentes que poderiam estar sendo realizadas conjuntamente.

assumir sua função de controle social diante da desarticulação dos movimentos sociais, ressaltando que a postura dos usuários ainda é muito passiva. Já os representantes dos usuários, apesar de considerarem transparente a administração da SMS e satisfatório o acesso às informações, destacaram as dificuldades relacionadas ao conteúdo técnico das discussões, que interfere na capacidade de compreensão e de opinião para aqueles sem formação específica na área. O representante dos profissionais de saúde considera que o CMS encontra-se num estágio de amadurecimento que permite discutir de forma harmônica e aprofundada os problemas e propostas apresentados. Já o representante do setor privado fez críticas à atuação do CMS, especialmente relacionadas à falta de transparência, participação de representantes sem conhecimento adequado dos problemas e ausência de “neutralidade” na definição da presidência.

A observação de campo permitiu evidenciar que, em ambos os municípios, houve um enorme distanciamento entre a capacidade de formular e propor, quando se comparam os agentes representantes dos movimentos sociais e aqueles das SMS. É esta quem pauta as reuniões dos CMS, apresenta projetos, proposições, é quem demonstra capacidade técnica para analisá-los, discute a execução financeira e é quem protagoniza mesmo as iniciativas de ampliação do controle social da gestão de saúde no município.

Em ambos os municípios, foi mencionado e criticado o não comparecimento às reuniões do CMS dos representantes das respectivas Diretorias Regionais de Saúde.

Finalmente, a participação social no sistema de saúde no Município B se faz, também, através dos conselhos locais de saúde. Implantados há mais de 5 anos, sua atuação é percebida pelo agente responsável pela capacitação dos conselheiros como um movimento lento de idas e vindas, avanços e recuos. Considera que os conselhos ora estão ativos, ora inativos, sendo sempre necessária alguma iniciativa no sentido de mobilizá-los⁶². A avaliação da agente é de

⁶² No que diz respeito às capacitações, várias metodologias têm sido adotadas com o intuito de testar o modelo que mais atende aos resultados esperados em termos de apropriação pelos capacitados e estímulo a uma

que o desempenho do CLS está fortemente vinculado ao desempenho das equipes de saúde, sendo estas protagonistas do processo de organização local. Destaca ainda a correspondência entre a existência ou não de entidades locais atuantes e o êxito da atuação do CMS.

❖ A posição dos atores no sistema de saúde: os atores por eles mesmos

O Quadro 3 sumariza as informações essenciais relacionadas às características individuais dos agentes que representam os quatro principais grupos de atores nos municípios estudados. Constatou-se que os agentes do município B, em todos os grupos, apresentaram uma maior diversidade de experiências, tanto em relação às trajetórias profissionais quanto em relação às trajetórias políticas.

Quanto ao papel e responsabilidades conferidas aos diversos atores na regulação do sistema de saúde, foram observadas identidades em relação aos grupos, mas, também, algumas diferenças entre municípios e agentes.

Os gestores

Em ambos os municípios, os gestores são profissionais de nível superior da área de saúde com atuação no campo da saúde coletiva e experiência na atenção primária. Os gestores se diferenciaram quanto à trajetória profissional no que se refere à bagagem acumulada na experiência de gestão e na experiência de militância na saúde, bem mais consolidada entre o agente do Município B.

O gestor do município A tem pouco mais de 30 anos, uma história de atuação política no Sindicato dos Médicos e de simpatia por um partido de esquerda nesse período. Entretanto, só se filiou partidariamente, ao mesmo partido do prefeito, após assumir o cargo. Refere que o Partido demorou a se decidir em favor do seu nome e considera que sua indicação, assim como sua atuação, estão relacionados, sobretudo, ao seu perfil e competência técnica: “sou um militante, mas daquele tipo de militante que quer contribuir tecnicamente, para que a

participação mais ativa. Essa capacitação tem incluído visita aos serviços de saúde e debate com representante de diversos setores da SMS.

gente possa desenvolver um trabalho, para que o Partido tenha pessoas que pensem tecnicamente.” O gestor comenta que acha importante que, mesmo assumindo uma ideologia, isto não deve influenciar seu trabalho “em hipótese alguma”.

Como agente que não é um quadro da linha de frente do Partido no município, se vê, muitas vezes, diante da necessidade de “fazer concessões” para garantir a governabilidade da gestão da Saúde, o que nem sempre é fácil considerando-se, inclusive, que as alianças que definiram o apoio político à gestão atual apresenta certa instabilidade. Na última eleição, tanto partidos de esquerda e centro deram sustentação a candidaturas a prefeito de partidos de direita, quanto partidos de centro apoiaram candidatura de esquerda. Identificaram-se, também, mudanças de partido, inclusive de espectro ideológico distinto, especialmente entre os partidos de centro e de direita.

O gestor tem como “braço direito” de apoio à sua gestão um profissional de mesma idade, da área de saúde, não-médico, que tem uma trajetória política semelhante à sua, não trabalhava anteriormente na Secretaria Municipal de Saúde e foi convidado por ele por seu desempenho profissional. O quadro de pessoal da equipe de condução da SMS é composto por um número restrito de profissionais, alguns dos quais ex-secretários municipais de saúde. Considera fundamentais, na implementação dos projetos da Saúde no município, o apoio de duas universidades e do Ministério da Saúde.

O gestor apresenta forte adesão ao projeto político do SUS, identificando a si mesmo como um profissional da saúde coletiva. Teve uma breve incursão profissional na prática clínica, logo depois de graduado, reconhecendo que esta foi uma experiência definitiva na sua opção profissional.

No plano da política, reconhece a si mesmo como uma pessoa orientada para a “busca do consenso”. Na relação com os demais atores no município, não menciona a existência de opositores, caracterizando, entretanto, a relação com a Diretoria Regional de Saúde como

“fria”. Considera que o CMS e seus representantes – usuários, setor privado e profissionais de saúde – são parceiros da SMS. Avalia que há lisura na relação com os prestadores privados, não mencionando a existência de quaisquer problemas.

Quando indagado em relação ao processo de tomada de decisões enquanto gestor, menciona que, para as decisões mais importantes, sempre consulta os secretários, especialmente de Administração, e o próprio prefeito. Relata que gosta sempre de consultar os envolvidos com a questão em pauta, mas que, muitas vezes, tem que tomar as decisões sozinho.

A gestora do Município B tem quase 40 anos, é profissional do campo da saúde, não-médica. Depois de graduada, atuou em entidade profissional de âmbito nacional e desde 1996, embora formalmente não filiada partidariamente, tem atuação junto ao grupo político do qual faz parte no município. Sua atuação esteve sempre vinculada ao campo da saúde, tendo participado das decisões mais importantes no município nas duas últimas gestões municipais, em relação a projeto de governo, implantação do PSF e indicação de nomes para ocupar o cargo de Secretário Municipal de Saúde. Quando da implantação do CMS se candidatou para representar os profissionais de saúde e desde então vem acompanhando de perto a atuação do CMS. Trabalhou como profissional de saúde nas primeiras equipes de PSF no município e ocupou cargo de direção importante na gestão anterior.

Considera que sua militância partidária se fez a partir da construção de um projeto político de Saúde e que este se constitui num dos pilares da gestão municipal na sua história. Avalia que a implantação desse projeto, no município, se fez às custas de embates importantes, tendo havido tanto conflitos internos, em relação ao modelo assistencial a ser implementado, quando externos na relação com os prestadores privados.

Menciona que há apoio da gestão municipal e das demais secretarias à SMS e considera como apoiadores da SMS o CMS e o Ministério da Saúde. Avalia que a relação

com a Câmara de Vereadores exige sempre um processo de negociação, sendo 50% dos vereadores vinculados a partidos políticos que apóiam a gestão municipal, e que a relação com os prestadores privados apresenta uma certa estabilidade, mas ainda com conflitos importantes.

Com relação aos profissionais de saúde, considera que, em geral, enquanto categoria, os profissionais se apresentam enquanto parceiros (pondera que há uma certa “neutralidade” dos médicos enquanto categoria) e que no momento de maior embate com o setor privado houve participação ativa dos profissionais das equipes de saúde da família. Destaca, entretanto, que a atuação dos profissionais é marcada por um certo corporativismo, por um olhar restrito a seus problemas específicos.

Considera que o processo decisório no âmbito da SMS tem buscado contemplar as instâncias internas e que as decisões políticas mais importantes são discutidas com a equipe de gestão municipal. Além desses atores, faz referência a três agentes que foram fundamentais na implantação do SUS no município, cujo apoio e opinião são imprescindíveis no cotidiano da gestão.

Conta, na equipe de condução da SMS, com um corpo técnico de elevada qualificação, confiança e adesão.

Os usuários

No Município A, as instituições que representavam os usuários eram, na sua quase totalidade, associações de bairro, sendo que a presidência do CMS estava a cargo de um representante dos usuários. No Município B, observou-se uma participação mais ampla e plural, com a presença de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais (são 20 membros, sendo dois representantes de Associações de Moradores).

Foi observada uma grande diferença entre os agentes dos dois municípios em relação às trajetórias profissional e política e ao modo de indicação para participação no CMS.

No município A - onde uma das usuárias é, inclusive, presidente do CMS –, a participação no CMS ocorreu, nos dois casos, de modo quase “acidental”. Ambas não conheciam o CMS e aceitaram a indicação, atendendo a solicitação, no primeiro caso, de Secretário Municipal de Saúde em outra gestão municipal e, no segundo caso, em substituição à uma vaga que ficara em aberto. As duas entrevistadas mencionaram que, na época, não tinham clareza de seu papel enquanto conselheiras.

Já no Município B, tratavam-se de representantes de instituições eleitas em plenária para representar os usuários no CMS. Dos três entrevistados, dois haviam tido experiência de atuação em conselhos locais de saúde.

Em relação à experiência de militância política e partidária, observou-se, também, uma grande diferença entre os municípios. As representantes do Município A não apresentavam militância partidária e ambas acabaram se engajando em movimentos sociais por questões particulares. Já entre os representantes do Município B, dois eram filiados a partidos de esquerda e os três tinham história de ativismo social bastante intenso.

O CMS é muito valorizado pelos agentes, percebido como um espaço importante de vocalização popular. No município B, a participação social na Saúde parece ter um peso importante na própria história de participação social no município, como ilustra o depoimento de um entrevistado: “O CMS apresenta um trabalho histórico para o município, pela implantação da participação popular, que fez avançar toda a história do Município B.”

Apesar disso, em ambos os municípios, os agentes partilham da percepção de que não estão qualificados para discutir com propriedade a maioria dos temas abordados pelo CMS, mesmo aqueles que fizeram os cursos de capacitação para Conselheiros. No Município A, inclusive, estava em discussão a proposta de instalação de uma procuradoria jurídica junto ao CMS para assegurar uma apreciação independente e qualificada do processo de prestação de contas da SMS.

Há uma compreensão entre os agentes de que o SUS deve ser universal e de que, para isso, ele deve ser público e estatal. A ampliação da rede é destacada como um dos principais avanços da política de saúde e percebida como um movimento de deslocamento do privado para o público, fortalecendo o segundo.

Todos os agentes se colocam numa posição de independência e autonomia em relação à gestão municipal da saúde, ressaltando a importância e a possibilidade de discordar quando pertinente. Apesar disso, nenhum deles conseguiu exemplificar uma situação concreta em que tenha havido uma divergência importante entre a posição defendida pela SMS e o entrevistado.

A gestão municipal é muito bem avaliada pelos entrevistados. Tanto a SMS quanto os profissionais de saúde, enquanto grupo, são identificados como parceiros. Os representantes dos usuários destacam a necessidade de que haja condições de trabalho adequadas nos serviços públicos para que estes desempenhem bem as suas funções. Apesar disso, os agentes apresentam queixas em relação a “maus tratos” sofridos por usuários, dirigidas sobretudo aos atendentes e médicos, e destacam a ocorrência de irregularidades (por exemplo, cobrança de usuários por médicos) bem como a discriminação do atendimento por serviços privados, em relação a usuários do SUS. Referem que tais questões já foram abordadas pelos CMS por mais de uma vez. No Município B, há referência a um caso de demissão de um profissional.

Enquanto grupo, os agentes no Município A reconhecem o setor privado enquanto parceiro, embora ressaltem que no início da participação no Conselho havia dificuldade dos representantes verem, não apenas os seus interesses, mas da sociedade como um todo. No município B, os agentes são mais críticos em relação ao setor privado. Consideram que há uma relação de cooperação com o SUS, mas que esta se dá, principalmente, porque os

prestadores privados são beneficiados pelo fato de o município ser um pólo regional importante.

Os médicos

Os profissionais entrevistados eram do sexo masculino, ambos representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM) nos municípios, com mais de 20 anos de graduação e larga experiência profissional. Nenhum dos dois profissionais possuía militância política ou partidária, além da atuação no próprio CRM. Há referência dos profissionais a uma dupla inserção nos sub-sistemas público e privado de saúde e à ausência de um engajamento em relação a um projeto político de saúde. Ao invés disso, os profissionais se colocam, antes e acima de tudo, enquanto “médicos”. Esta é a posição que consideram que deve ser o eixo orientador de toda e qualquer prática no sistema de saúde:

Os colegas esquecem que nós devemos fazer política de saúde, e não política com a saúde, e tomam posições pessoais com relação ao governo municipal, seja ele de que sigla for. Eu não vejo isso dessa forma, você tem sua posição política, eu tenho a minha, mas é fora do nosso trabalho. A gente se investiu da posição de médico, tem que ser médico e acabou.

Os agentes se colocam numa posição de neutralidade e respondem como porta-vozes do interesse dos usuários tecendo críticas, tanto à atuação do sub-sistema privado como público de saúde.

Nós temos um paciente que é o objetivo de todo nosso trabalho, da nossa vida é o paciente. Então esse paciente precisa disso. A gente não quer saber de onde ele é, nem de onde ele veio. A gente tem que saber para onde levá-lo. A gente tem sido sobrecarregado nessas situações.

Enquanto representantes da categoria, são também baluartes dos ideais da boa prática médica, apresentando-se como “militantes” na defesa desses ideais. O pronunciamento do agente do Município A é bem ilustrativo a esse respeito.

Eu, desempenhando sempre o meu papel como médico, em hospitais e clínicas privadas ou não, sempre norteou a minha atuação preservar a boa qualidade no atendimento aos pacientes. Me preocupava muito, sempre me preocupei muito, com o atendimento que era dado a esses pacientes. E isso fazia até com que eu tivesse alguns entrevistos, se poderíamos chamar assim, com colegas que não faziam da medicina apenas um atendimento elevado, que visse a medicina como uma coisa mercantilista. E isso me preocupava.... É que a gente sabe que aqui, como em toda cidade do país, infelizmente, se

prática boa e má medicina. E eu queria ajudar um pouquinho a mudar isso. Primeiro já com a minha atuação técnica... e aí procurei não me envolver administrativamente nos serviços públicos, sempre na parte técnica, e também na rede privada, procurando dar qualidade no atendimento. Isso chocou um pouco alguns profissionais porque acham que, puxa vida, medicina é para ganhar dinheiro eu não vejo assim. É também para ganhar dinheiro.

Em que pese, entretanto, essa disposição, não houve menção, em ambos os casos, de uma ação mais efetiva no sentido de investigar ou coibir os 'maus tratos' aos usuários do SUS. Especialmente com relação aos casos denunciados ao CMS no Município A, o agente informa desconhecer tais denúncias e pondera que, até então, nenhuma queixa foi encaminhada ao CRM.

No momento que chegar, nós tomaremos as providências, ou seja, ouviremos as pessoas, as partes interessadas, e/ou documentos encaminhados, e encaminharemos para Conselho Regional, a sede na Bahia, para que os conselheiros tomem conhecimento, para que o Conselho tome providências éticas, disciplinar, ou o que for necessário.

A ambigüidade de seu discurso de porta-voz da coletividade e, ao mesmo tempo, espectador dos problemas, revela-se mais adiante, ao responsabilizar a SMS pela inoperância em relação à garantia dos direitos dos usuários.

Mas o que eu não vejo é uma auditoria mais efetiva da Secretaria em relação a determinados profissionais ou clínicas que prestam atendimento nem sempre adequado, ou nem sempre condizente com o que se propõe. Então eu acho que, uma vez que houve a parceria, houve a contratação daquele serviço, a Auditoria dentro da Secretaria de Saúde deveria ser mais efetiva e eficaz com relação ao atendimento prestado ao usuário. Porque nunca chega ao delegado regional as queixas e as denúncias. Se chegar, a gente toma alguma providência. Mas o que a gente ouve de pacientes é que o paciente é muito mal atendido em alguns desses serviços e é considerado diferente do que é o particular ou do plano privado, do plano de saúde. E isso não deveria ocorrer. E isso faz parte da administração da Secretaria, que teria de tomar providências em relação a isso.

O agente tece várias críticas à gestão municipal, considerando que a organização de serviços não é condizente com o estágio de gestão plena do sistema de saúde.

Já o representante do Município B avalia positivamente a gestão municipal da Saúde, refere que, na sua opinião, o sistema de saúde é bem organizado e menciona como avanços

importantes da política municipal de saúde a implantação do PSF. Considera, ainda, que há transparência na gestão e que existe uma relação de parceria entre profissionais e SMS.

Os agentes identificam que, atualmente, existe uma relação de cooperação entre a SMS e o setor privado, sendo esta percebida como uma necessidade, uma vez que nenhum dos sub-sistemas, isoladamente, tem capacidade de atender às necessidades da população.

Os prestadores privados

Os perfis dos representantes dos prestadores privados são bastante distintos, como poder ser observado no Quadro 3. Chamou a atenção o fato de o representante do setor privado no Município A ser dono de uma clínica não conveniada com o SUS e atuar profissionalmente no serviço público, coordenando, inclusive, um serviço de emergência.

Apesar de sua representação e do seu cargo, é, entretanto, na posição de médico que ele se coloca:

Eu sou coordenador, mas antes disso eu sou médico. Se o colega transgredir, está na hora de eu chamar, mas se o colega estiver fazendo correto, eu não vou deixar de ser por ele para ser por instituição nenhuma, por cargo nenhum. Isso é posição pessoal.”
“É como eu disse, apesar de eu representar as clínicas privadas, já disse, primeiro eu sou médico.

É também na condição de médico e a partir de experiências relacionadas ao cotidiano de sua prática médica que avalia o desempenho do sistema de saúde: enquanto cirurgião de um hospital público, destaca o problema das filas pelo elevado volume de cirurgias e a ausência de serviços de hemoterapia, e na condição de coordenador de urgência e emergência ressalta a inadequada utilização de equipamentos públicos pelos serviços privados, prejudicando a eficiência do serviço.

A relação do setor privado com a SMS é percebida como boa, pelos agentes do Município A, reconhecendo-se, entretanto, problemas de relacionamento institucional em relação a parte desse sub-sistema por questões de natureza política (vinculação a ideologias partidárias distintas).

Diversamente dos representantes do Município A, a representante do Município B tece importantes críticas à gestão municipal da Saúde. Menciona a existência de muitas reclamações pelos usuários e considera que os prestadores privados são mais eficientes por terem um melhor gerenciamento que o público: “o funcionário da empresa privada não tem as regalias todas que o funcionário do público tem; isso acaba encarecendo o custo do serviço.”

Para o agente, o processo de municipalização foi muito conturbado porque, de fato, havia uma “repartição dos recursos” em favor dos serviços privados e, com o advento da municipalização, houve expansão da oferta através do serviço público. Há uma nítida demanda de maior subsídio do setor privado com recursos públicos; de “dividir o bolo” numa clara adesão a um projeto neo-liberal do sistema de saúde. Por diversas vezes, na entrevista, a representante do setor privado reiterou a necessidade de maior participação do setor privado na prestação de serviços do SUS, atribuindo vários dos problemas do sistema de saúde a essa não distribuição entre prestadores privados.

Quando indagada sobre a diferença da qualidade do atendimento na rede privada para usuários do SUS, reconhece a existência de discriminação e atribui o fato aos valores praticados, inferiores aos de mercado, “completamente defasados, em especial no que diz respeito à hotelaria”.

Diz desconhecer a existência de corrupção na rede privada e queixa-se dos procedimentos adotados pela Auditoria da SMS, exemplificando: “mandam pediatra para auditar ortopedia, ortopedista para auditar pneumologia”.

5. Discussão: as relações de poder entre os atores e a lógica de regulação do sistema de saúde

Este estudo teve por objetivo analisar a lógica de regulação do sistema de saúde, a partir da identificação das concepções dos atores e das relações de poder estabelecidas entre eles, baseando-se em um modelo teórico sustentado por três elementos centrais: a

compreensão da Saúde enquanto campo de ação social (Bourdieu, 1994 e 1998), uma teoria explicativa da regulação do sistema de saúde (Contandriopoulos et al., 2000b) e o poder como categoria chave para análise das relações entre os atores (Testa, 1992).

Este tópico discute os resultados da pesquisa realizada explicando os achados empíricos à luz do modelo adotado, apresentando-os mais como hipóteses que conclusões do trabalho. A dificuldade em encontrar estudos com semelhança metodológica ao realizado reforça, ainda mais, a necessidade de considerar esta análise uma apreciação a ser submetida ao debate.

A análise evidenciou que os atores exprimiram concordância com a defesa genérica dos princípios de eficiência e cidadania e formularam um conceito abrangente de saúde, condizente com os valores expressos pelo movimento da reforma sanitária no país. Entretanto, o reconhecimento dos princípios pelos quatro grupos de atores não parece guardar correspondência com uma reflexão crítica sobre a operacionalização destes em termos de políticas ou princípios organizativos dos sistemas municipais de saúde. A preocupação em traduzir os princípios em intervenções concretas manifesta-se apenas na fala dos gestores.

Por outro lado, foram observadas diferenças em relação a mecanismos implementados nos respectivos sistemas municipais de saúde, condizentes com tais princípios, fazendo crer que a assunção de um valor no discurso de um agente não traduz, necessariamente, sua introjeção e expressão enquanto prática política.

O Município B se destacou pela implantação de dispositivos de vocalização das demandas individuais, importantes para assegurar os direitos dos usuários no sistema de saúde.

Diversamente dos demais, o princípio da equidade não apareceu como um valor assumido pelos agentes no seu discurso, apresentando múltiplos significados, mais distante ainda das possibilidades de constituir-se em eixo orientador de políticas. Este achado é

preocupante, na medida em que a equidade exprime a responsabilidade coletiva de realização de um princípio de justiça social. Como assinala Blais (2003) “a saúde constitui, entre outros, um dos bens que dever promover a justiça”. A opção pela equidade enquanto um princípio de justiça social não pode ser meramente formal. Ao contrário, ela opera discriminações de fundo e inclui a definição de políticas de inclusão social num movimento de discriminação positiva (Teixeira, 2000; Gwatkin, 2002; Giffin, 2002; Heringer, 2002). Por isso mesmo, a equidade tem-se constituído em um dos temas mais debatidos nos países que adotaram como modelo sistemas públicos universais.

Os ganhos de universalidade não necessariamente reduzem as iniquidades em saúde. Pelo contrário, a literatura tem demonstrado que nem sempre ou quase nunca as intervenções voltadas para a melhoria de indicadores de saúde apresentam correspondência com a sua melhoria entre os grupos mais excluídos⁶³. Contrariamente ao que se supõe em geral, a melhoria daqueles se faz pela elevação dos valores médios em uma determinada população e tem como contraponto a ampliação das desigualdades, com aumento da amplitude da variação de tais medidas na respectiva população. Por isso, para alcançar maior equidade, as políticas públicas devem mirar a equidade (Gwatkin, 2002; Sin, 2003; Potvin et al, 2005).

A análise dos percursos dos sistemas de saúde mostrou que a implantação da municipalização e, em especial, da gestão plena do sistema, alterou substancialmente a configuração das relações entre os atores, com o estabelecimento de novos arranjos institucionais. Os municípios saíram de um quase vazio, em termos de sub-sistema público de saúde, para a estruturação de uma rede de serviços próprios, indo de encontro a interesses de prestadores privados estabelecidos nos municípios.

Há importantes diferenças entre os municípios A e B, nessa trajetória. No Município A, a emergência do ator gestor municipal não se fez, prioritariamente, às custas de uma

⁶³ O estudo de Gwatkin (2002) apresenta resultados impressionantes. Em revisão internacional, não houve nenhum país em que os 20% mais pobres da população tenha recebido sequer 25% do benefício econômico dos gastos de governo.

disputa de posição com o setor privado. Ocorreu, na verdade, uma substituição da posição ocupada pelo gestor estadual (que também ocorreu no Município B) e os conflitos no processo de municipalização se fizeram a esse nível. Assim, apesar de se constituírem novos arranjos institucionais, estes não expressaram alterações substantivas na relação entre gestores e prestadores privados, até porque não se estabeleceu, claramente, uma competição entre os sub-sistemas. Nessas circunstâncias, a cooperação revelada na fala dos atores pode estar relacionada, entre outras coisas, à própria repartição do mercado de consumidores de ações de saúde. O crescimento do sistema, do momento do início do processo de descentralização até o momento da coleta de dados, ainda se fazia, principalmente, às custas da expansão de serviços de atenção primária o que pode representar, inclusive, a curto e médio prazo, crescimento potencial do consumo de serviços privados, se o município não investir fortemente na estruturação da média e alta complexidade, uma vez que o aumento do acesso à atenção primária vem acompanhado do aumento da demanda por outros tipos de serviços. Assim, é possível, mesmo, um fortalecimento da iniciativa privada e o estabelecimento de novos pactos na intermediação da relação entre os setores público e privado. Conforme têm assinalado alguns autores, o setor privado tem apresentado um grande dinamismo e capacidade de adaptação às novas configurações jurídico-institucionais no país, com inovação nas modalidades de prestação de serviços (Souza e Bodstein, 2002; Farias e Melamed, 2003). Situações menos estáveis nas relações de poder podem advir, a médio e longo prazos, na medida em que conflitos de interesses se estabeleçam, de forma mais evidente, e que o SUS caminhe, efetivamente, na direção da universalidade.

No caso do Município B, as mudanças marcaram um período de conflito explícito entre a gestão (mundo tecnocrata) e os prestadores privados (mundo do mercado), com apoio declarado dos movimentos sociais e menos expressivo dos profissionais de saúde como um todo (embora com forte apoio de certas categorias profissionais). A disputa acirrada pelo

controle dos recursos do sistema de saúde tornou explícita, para a sociedade, a existência de dois diferentes projetos (duas diferentes lógicas de regulação). Por sua vez, os novos arranjos institucionais traduziram uma nova configuração das relações de poder entre os atores. Nesta, há uma clara aliança entre gestores e usuários, de um lado, e prestadores privados, do outro. Os profissionais de saúde assumem um terceiro pólo, com implementação de mecanismos próprios de regulação do sistema, nem sempre definidos coletivamente⁶⁴, mas, sobretudo, através da atuação no micro-cosmo da relação entre profissional e usuário.

No município B, não apenas havia uma rede privada mais pujante, quanto o crescimento da capacidade própria do município veio, em muitos casos, substituir a compra do serviço ao prestador privado, tendo o setor público caminhado na direção da implementação do princípio da complementaridade (BRASIL, 1990). Os atores gestores saem como os grandes vencedores do embate político, o que resultou, provavelmente, da associação entre o acúmulo de poder político (pelas alianças estabelecidas com os movimentos sociais, o apoio político externo de atores importantes, como o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), do poder técnico da equipe de gestão (revelada pela qualificação profissional e habilidade de condução de processos gerenciais) e, vale destacar, de grande poder simbólico. A importância que deve ter jogado o capital simbólico não é desprezível, uma vez que todo o processo subsequente de implantação do SUS no Município é sustentado pelo respeito e reconhecimento do agente que liderava a equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde. O capital simbólico é tão forte que permanece como uma “verdadeira força mágica”⁶⁵, como assinala Bourdieu (1994), mesmo quando os agentes protagonistas do processo experimentado não se encontram mais no cenário municipal. O agente responsável pela gestão no município vive, assim, atualmente, na sua experiência

⁶⁴ Como foi o caso mencionado da corporação de anestesistas no Município B.

⁶⁵ É importante lembrar, como assinala Bourdieu (1994), que este poder simbólico sofre uma certa transmutação em afetividade, tendo sido claramente referido pela gestora que a afetividade pautava as relações entre profissionais na antiga gestão municipal de saúde.

peçoal como gestora, um paradoxo de foro íntimo que se expressa como tensão no processo gerencial da SMS: de um lado, revela que “não abre mão no dia-a-dia do seu processo decisório do aval de três conselheiros” (os agentes portadores de capital simbólico); por outro lado, tenta imprimir um novo modelo de gestão à SMS, pautado em princípios de hierarquização, racionalização e, pode-se dizer, democratização.

Considerando, ainda, o processo histórico de estruturação do SUS nos municípios e sua configuração, é importante assinalar que os mecanismos de regulação tecnocráticos, manejados pelo gestor municipal estão, em grande medida, subordinados ao forte papel exercido pelo nível federal. Este não apenas é o principal provedor de recursos, como define as prioridades da política de saúde e, mesmo, do modelo de atenção. A própria implantação do PSF é um claro exemplo do poder de indução federal nas políticas municipais de saúde. Os instrumentos e pactos de gestão (Programação Pactuada Integrada, Plano Diretor de Regionalização, Agenda Municipal de Saúde, Pacto da Atenção Básica e inúmeros outros) e programas e projetos diretamente financiados com recursos federais criam compromissos e definem agendas para os gestores municipais. Como mencionam Levcovitz et al (2001), “o nível federal ampliou seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais específicos e ao criar novas estratégias para avaliação e controle.” Por outro lado, a subordinação do gerenciamento dos recursos transferidos para os municípios aos processos gerenciais da administração das respectivas prefeituras tem criado constrangimentos na eficiência da execução financeira das Secretarias Municipais de Saúde⁶⁶.

Assim, o fortalecimento da gestão municipal, instaurada com o processo de descentralização, fez-se acompanhar de outros constrangimentos do sistema de saúde que, ao lado daqueles relacionados ao apoio político e social local, têm definido os limites do espaço

⁶⁶ Isto foi uma queixa importante dos gestores de ambos os municípios.

no qual os quatro grupos de atores interagem, isto é, o “espaço das possibilidades” (Bourdieu, 1994). As situações dos municípios A e B foram diferenciadas, também, em relação a este aspecto, evidenciando-se, no Município A, baixo poder político do gestor, diferente do que ocorre no Município B, onde o poder político é ampliado pelo fato de que os agentes integrantes da equipe gestora são profissionais com mesma adesão político-partidária.

As alianças políticas que se estabeleceram no Município B, fruto de uma proximidade ideológica entre agentes que ocupavam a gestão e agentes que lideravam os movimentos sociais, favoreceram a forte adesão ao projeto político do SUS. Entretanto, isto não significa, necessariamente, que a regulação do sistema de saúde expresse um equilíbrio dos grupos de atores “gestores” e “usuários”. Isto porque, apesar de existirem canais de expressão importantes dos movimentos sociais organizados, os atores usuários dispõem do poder técnico e administrativo muito baixo, não os habilitando a interferir de forma mais efetiva nos processos decisórios relacionados ao sistema de saúde. Estudo nacional sobre a atuação dos CMS demonstrou que alguns municípios vêm adotando alternativas para apoio ao seu trabalho, como a criação de câmaras técnicas e assessorias (Pessoto et al, 2001). Vale mencionar que o baixo poder técnico talvez possa estar sendo reforçado pela inadequação das linguagens utilizadas no processo de comunicação. Nesse sentido, novas formas poderiam ser ensaiadas, com vistas a uma maior eficácia comunicativa, caso os atores estejam imbuídos da vontade de cooperação e tenham efetiva adesão a um processo de democratização dos espaços de gestão⁶⁷.

A pouca capacidade técnica dos representantes de usuários na apreciação dos objetos de trabalho do próprio Conselho cria um impasse entre o poder político que o CMS lhes confere e o poder técnico, fragilizado para cumprir sua função. Isto desqualifica certos agentes perante outros e só faz reforçar, simbolicamente, as desigualdades de capital entre os

⁶⁷ Vale lembrar aqui uma característica importante do poder técnico que é o estilo da linguagem, pois “há linguagens que ocultam ou, alternativamente, revelam o fundamental do processo sobre o qual se informa” (Testa, 1992).

integrantes do Conselho. Assim, a dinâmica do CMS parece ser, ao mesmo tempo, reveladora de um reconhecimento da legitimidade dos agentes (os de menor capital econômico e cultural sentem-se prestigiados em estar no CMS) e, por outro, ratificadora da legitimidade de uma posição, antes de tudo, subordinada em termos da capacidade de decisão, manifestamente e profundamente desigual.

A participação social constitui-se, assim, em uma participação “tutelada” pelo Estado que cumpre, muito mais, uma função de legitimação e fortalecimento das propostas implementadas pela gestão municipal que de direcionamento efetivo das políticas locais.

Nessas condições, a maior ou menor capacidade de implementar um projeto político de saúde afinado com os princípios de eficiência, equidade e cidadania estará diretamente relacionado à adesão e capacidade da gestão municipal em viabilizá-lo. É importante ressaltar que, muitas vezes, as representações de trabalhadores apresentam concepções consideradas “atrasadas” (corporativas, hospitalocêntricas) em termos de modelos assistenciais de saúde, fruto da introjeção dos valores que sustentaram por longos anos a configuração do sistema de saúde no Brasil.

Alguns estudos sobre os conselhos municipais de saúde no país têm destacado a importância de “quebrar a prerrogativa” de que o Presidente do CMS seja o SMS (Pessoto et al, 2001; Labra e Figueiredo, 2002) associando esse fato a uma possível imposição das decisões do gestor ao CMS. Em que pese a legitimidade da defesa de processos democráticos de eleição dessa instância do SUS, acreditamos que essa mudança não altera substancialmente a capacidade do CMS exercer suas funções. Em nosso estudo, por exemplo, pode-se concluir que a situação foi justamente inversa pois, no Município A, onde o presidente era um usuário, o CMS tinha menos autonomia que no Município B, com uma certa opacidade dos limites entre suas atribuições e as da SMS. Talvez mais importante que garantir a eleição do presidente dos conselhos seja assegurar a realização de processos democráticos de eleição das

representações de usuários nestes. No estudo realizado por Labra e Figueiredo (2002) com 60 conselheiros de 16 municípios do Estado do Rio de Janeiro, apenas 50% dos membros referiram terem sido eleitos em processos participativos.

Talvez o aspecto mais relevante da discussão do controle social a partir dos conselhos municipais de saúde esteja relacionado aos limites do próprio processo de redemocratização do país, à fragilidade dos movimentos sociais e a uma cultura de não participação. Não se pode ignorar, nesse debate, o contexto em que se deu a estruturação do associativismo no Brasil, cujas determinações externas são assinaladas por Cortes (1996): aumento de formas de participação direta dos cidadãos no processo político e de remodelação das instituições públicas, de um lado, e um forte incentivo à participação comunitária promovido por organismos internacionais visando, principalmente, a racionalização de custos e o crescimento de ações autônomas auto-financiadas pela populações locais. Tais determinantes certamente influenciaram o perfil das associações de moradores e, muitas vezes, sua capacidade de representatividade em relação aos interesses coletivos.

Assim, nos parece que as possibilidades de que a participação social em saúde possa, efetivamente, caminhar na direção do controle social, estarão relacionados a alguns fatores, dentre os quais destacamos: a capacidade de representar efetivamente os usuários do SUS, com maior pluralidade das representações e representatividade dos agentes, ao aprendizado dos atores usuários nesse processo - a partir de uma reflexão crítica dos processos locais, da implementação de mecanismos inovadores, da circulação de experiências e capacidade de difusão de experiências exemplares de sucesso – como, também, dos limites conferidos pelo processo de organização dos movimentos sociais no país.

Vale mencionar alguns efeitos positivos no processo de implantação de CMS no Brasil, tais como a emergência de novos mecanismos de participação – e não apenas aqueles previstos na legislação -, mudanças na legislação dos conselhos nos municípios, com

fortalecimento dos mesmos, e a possibilidade de “tocar um dos grandes blocos de poder (...) ainda imune ao processo de democratização: a administração pública” (Pessoto et al, 2001).

Na análise das potencialidades da participação social, vale assinalar as limitações deste estudo que circunscreveu o âmbito do CMS. Outras formas de participação, mesmo no setor saúde, não foram analisadas, a exemplo das conferências municipais de saúde ou do orçamento participativo setorial. Estes fóruns apresentam dinâmicas distintas do CMS e, muito possivelmente, sua análise traria novos elementos para a compreensão da participação social em geral e, em particular, em saúde.

Os médicos representaram, neste estudo, os profissionais de saúde, o que pode ser considerado como uma limitação metodológica importante na análise das relações de poder entre os atores no sistema. Isto se deveu, sobretudo, a questões de ordem operacional. A opção de eleger os médicos como representantes dos profissionais de saúde baseou-se no fato de que, entre os diversos profissionais, são aqueles que detêm maior poder de intervenção sobre as práticas de saúde e maior poder simbólico no sistema, sendo, dessa forma, os que têm, teoricamente, maior capacidade de implementar mecanismos de regulação.

Os achados reiteraram esta hipótese⁶⁸, demonstrando o prestígio dos médicos enquanto categoria e sua efetiva capacidade de intervenção no sistema de saúde.

Esta pesquisa mostrou que o médico maneja, sobretudo, dois tipos de poder: o poder técnico e o poder simbólico. Este último se expressa de forma tão contundente que, independente do papel que o agente esteja ocupando no sistema de saúde, sua posição é auto-referida e, mesmo, referida pelos outros, a partir de sua identidade de médico⁶⁹. Não apenas o

⁶⁸ Em dois estudos realizados (Artigos 1 e 2), foram entrevistados médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde de equipes de saúde da família. Os achados mostraram que houve compartilhamento do poder entre médicos e enfermeiros nas relações estabelecidas entre as equipes mas, ainda assim, os médicos assumiram posição privilegiada nos processos decisórios em relação aos projetos terapêuticos e elevado poder simbólico.

⁶⁹ Eu mesma, enquanto pesquisadora, não consegui me destituir dessa posição e, por vezes, dela me beneficieei no trabalho de campo.

agente está investido dessa posição como reconhece a primazia de sua condição de ser médico antes e acima de tudo.

Os médicos se apresentam como porta-vozes dos interesses dos “pacientes” e se colocam com autonomia e independência nas disputas que se dão no âmbito do sistema de saúde. Vale, entretanto, mencionar que a prática da medicina ainda é fortemente marcada por uma aspiração de enriquecimento, o que se expressa na ambígua frase de um dos representantes de que “a medicina é também para ganhar dinheiro”, o que aproxima esses profissionais, no que diz respeito às concepções de regulação do sistema, à visão de que a saúde é um bem de mercado.

Enquanto agentes, os profissionais médicos são os que apresentam maior circulação, assumindo diferentes papéis no sistema de saúde: empregados do sub-sistema público e privado, empresários e, mesmo, dirigentes do corpo técnico da SMS.. Aliás, apenas nesta última condição foi observado um certo descolamento da posição de médico na fala dos entrevistados.

Nos municípios estudados, observou-se que os médicos implementam mecanismos de regulação de duas formas: a primeira, quando atuam enquanto corporação (exercitando o seu poder político), impondo certas “condições” à realização de serviços, interpondo-se, muitas vezes na relação entre o setor público e privado. Este é o caso, por exemplo, da recusa de realização de procedimentos em hospitais privados, no Município B, em dias de domingo, pelos anestesistas, no caso dos pacientes serem vinculados ao SUS; a segunda, diz respeito ao exercício do poder técnico que se expressa, sobretudo, nas decisões cotidianas do dia-a-dia dos serviços de saúde.

Em ambos os casos, não é desprezível a capacidade de intervenção dos profissionais. No primeiro caso, a eficácia das suas ações vai ser mediada pelo maior ou menor poder político do ator no cenário, na sua relação com os demais atores, a partir das alianças que

estabelece e da organização interna da categoria. No segundo caso, a eficácia vai depender da maior ou menor capacidade de regulação tecnocrática do sistema no desenvolvimento das práticas no cotidiano do trabalho dos agentes. Em situações de baixa normatização dos processos de trabalho e de fragilidade de instrumentos gerenciais – que ocorre no Município A – os médicos acabam tendo um papel decisivo na implantação das intervenções em saúde, grau de implantação, modalidade e efetividade da intervenção. Mesmo no Município B, onde se observa uma maior utilização de mecanismos reguladores dos processos de trabalho pela gestão municipal (normas e rotinas de funcionamento, fluxos entre serviços, processos de supervisão regulares) a não utilização de instrumentos ou o não cumprimento de normas não se constitui numa situação rara no sistema de saúde.

Se por um lado, observa-se fragilidade da gestão na implantação de mecanismos reguladores sobre as práticas dos profissionais de saúde, por outro, o baixo poder dos atores usuários (tanto coletivamente quanto como agentes isolados) elastece, mais ainda, os limites de exercício do poder técnico dos médicos.

A dificuldade de subordinar a prática médica a uma lógica gerencial reside, sobretudo, no fato de que o ato médico, prática técnica e social, consiste numa intervenção individualizada que envolve um ato de julgamento e um processo de decisão suportado pelo saber técnico (baseado no conhecimento científico) e prático (baseado na experiência pessoal) do médico, o que confere um elevado grau de autonomia a este agente (Schraiber, 1995a e 1995b). Esta autonomia é valorizada pelos profissionais e propalada como condição do exercício da “boa prática médica”. Ademais, funda as bases de sua autoridade moral e de seu poder simbólico uma vez que o médico aparece como guardião de um bem precioso – a saúde – e agente de uma ação de eficácia potencial intraduzível economicamente – a restauração da saúde, a cura – pois, como diz o dito popular, “a saúde não tem preço”. Assim, a um só tempo, ela produz a “divinização” de uma prática que é técnica, política e social (Nery-Filho,

2005) e expressa a privatização de uma relação que se dá, fundamentalmente, no âmbito da esfera pública (Schraiber, 1995b).

Na atualidade, o ideal e a prática da autonomia médica vêm sendo tensionados pelo avanço da chamada “medicina tecnológica” em processos de ajuste estrutural e remercantilização da saúde, onde grandes indústrias hospitalares de alta capitalização submetem o trabalho médico a um processo de divisão avançada do trabalho com alto grau de organização e controle (Laurel, 1995; Schraiber, 1995b). Este é um fator que tende a alterar o perfil não só do trabalhador médico mas dos demais trabalhadores de saúde, conflitando, também, com os interesses da corporação. Seria interessante investigar até que ponto essas tendências macro-organizacionais serão capazes de interferir, a médio ou longo prazos, na configuração de sistemas municipais de saúde em municípios de médio porte, como os estudados.

Finalmente, cabe considerar que as relações entre os atores é também complexa porque (especialmente em municípios de porte médio) à rede de relações entre os atores se sobrepõe a rede de relações inter-pessoais, onde os múltiplos papéis vividos por cada agente se multiplicam porque a cada agente é conferido mais de um papel num sistema de saúde que tem uma estrutura relativamente “pequena” com respeito ao número de agentes que nele atuam.

6. Comentários Finais

A literatura tem destacado cada vez mais a necessidade do estudo dos contextos locais para a compreensão do sucesso ou insucesso da implementação de políticas. Entretanto, o estudo do contexto continua sendo um problema de natureza teórica e metodológica, não havendo consenso entre avaliadores e planejadores sobre sua importância enquanto categoria,

nem tampouco uma clara proposta de como abordar as variáveis contextuais na realização de uma pesquisa.

Este estudo buscou contribuir teórica e metodologicamente na análise do contexto, através da elaboração de um modelo teórico para análise da regulação de sistemas de saúde, tendo em vista a compreensão dos processos de mudanças organizacionais na construção de redes de atenção à saúde orientadas pela atenção primária, em um modelo de atenção usuário-centrado.

Este modelo enfatizou os aspectos relacionados à conformação dos sistemas de saúde e as relações estabelecidas entre os quatro principais grupos de atores do sistema de saúde: os gestores, os usuários, os profissionais de saúde e os prestadores privados.

A análise dos resultados sugere que as concepções sobre a saúde e o sistema de saúde, reveladas pelos agentes no discurso, são muitas vezes contraditórias com suas práticas políticas fazendo crer que as utopias desenhadas pelo movimento sanitário como princípios do SUS se encontram mais na retórica que na prática dos agentes.

Há indícios, também, que os grandes protagonistas do SUS nos municípios, na atualidade, são os gestores municipais. Isto não se dá apenas porque são responsáveis pela execução da política e gestão do sistema, mas, porque, nessa condição e na configuração das relações entre os atores, são os que detêm maior capital global - poder administrativo, político, técnico e simbólico - no sistema de saúde.

Nessa circunstância, a capacidade de que a lógica de regulação do sistema se aproxime mais ou menos de um modelo democrático vai ser definida, em grande medida, pelo perfil do gestor e de sua equipe e sua permeabilidade a uma ausculta social.

O estudo revelou, ainda, que os médicos são detentores de um grande poder técnico e simbólico e que a participação social ainda se faz num modelo de subordinação dos movimentos sociais ao Estado, apresentando os atores usuários baixa capacidade de

formulação e de intervenção sobre as políticas de saúde e, nessas circunstâncias, pouca capacidade de expressar, hoje, os interesses coletivos.

7. Referências bibliográficas

1. ARENDT, H. (1991). *A condição humana*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
2. BLAIS, F. (2003). Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire ? Pourquoi est-ce si difficile ? *Éthique publique*, 5(1) : 9-14.
3. BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Éditions du Seuil, 245p.
4. BOURDIEU, P. (1998). *O poder simbólico*. Lisboa / Rio de Janeiro, DIFEL / BETRAN BRASIL 311p.
5. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. (1990) *Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Imprensa Nacional, 20 de Setembro de 1990, p. 18055-18059.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2003) *Resolução nº 33, de 04 de novembro de 2003*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Imprensa Nacional, 04 de dezembro de 2003, nº 236, seção 1, p. 57.
7. CANGUILHEM, G. (1978) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 270p.
8. CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L.; AVARGUES, M.-C. (2000a). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'Epidemiologie et santé publique*, 48: 517-539.
9. CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; DE POUVORVILLE, G., POUILLIER, J.-P.; CONTANDRIOPOULOS, D. (2000b). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In: POMEY, M.-P., POUILLIER, J.-P., LEJEUNE, B. *Santé Publique – État des lieux, enjeux et perspectives*, Éditions Ellipses, Paris, p. 637-667.
10. CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2002) Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27(3):142-150.
11. CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2003) Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*, 5(1):42-57.
12. CONTANDRIOPOULOS, D.; DENIS, J.-L.; LANGLEY, A. ; VALETTE, A. (2004). Governance structures and political processes in a public system. *Public Administration*, 82 (3): 627-655.
13. CORTES, S.M.V. As origens da idéia de participação na área de saúde (1996). *Saúde em Debate* (51): 30-37.

14. DENIS JL & CHAMPAGNE, F. (2000). Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p 49-88
15. ESCOREL, S. Exclusão social e saúde. (1994) *Saúde em Debate*, 43: 38-43.
16. FARIAS, L.O. e MELAMED, C. (2003). Segmentação de mercados de assistência à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 585-598.
17. GIFFIN, K. (2002) Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 103-112.
18. GOULART (2003). *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?* Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, [Tese de doutorado] (387p.)
19. GWATKIN, D. (2002) La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. *Rev. Panam. Salud Publica*, 11(5/6):310-315.
20. HERINGER, R. (2002) Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 57-65.
21. HEIMANN, L.S. (2000) Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: SOBRAVIME; 2000.
22. LABRA, M.E. Capital social y consejos de salud em Brasil: ¿un círculo virtuoso? (2002) *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 47-55.
23. LABRA, M.E. e FIGUEIREDO, J.S.A. (2002) Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 537-547.
24. LAUREL, A.C. (1995). La logica de la privatizacion em Salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (org) *Política e saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 31-48.
25. LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. (2001) Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(20):269-291.
26. MENDES-GONÇALVES, R.B. (1988). *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. São Paulo, 64p
27. MENDES E.V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Coleção Saúde Coletiva. Tomo I. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001 (135 p.)
28. NERY-FILHO, A.A. (2005). Entre la vie, la maladie et la souffrance : comment parler de la responsabilité ? In: SAILLANT, F. ET GAGNON E. (org) *Colloque sur l'éthique et la responsabilité*. Québec, Université Laval. [sous presse]
29. PESSOTO, U.C.; NASCIMENTO, P.R.; HEIMANN, L.S. (2001) A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 17 (1): 89-97.

30. POTVIN, L; GENDRON, S; BILODEAU A.; CHABOT, P. (2005) Social determinants of health inequities: Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health* 591-595.
31. SCHRAIBER, L.B. (1995a). Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47:28-35.
32. SCHRAIBER, L.B. (1995b).O trabalho médico; questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública*, 11 (1): 57-64.
33. SEN, A. (2000) Egalité de quoi? In: SEN, A. *Repenser l'inegalité*. Éditions du Seuil, p.31-54.
34. SIN, D.D.; SVENSON L. W.; COWIE, R.L.; MAN, P. (2003) Can universal access to health care eliminate health inequities between children of poor and nonpoor families? *Chest*, 124: 51-56
35. SOUZA, R.G. e BODSTEIN, R.C.A.(2002). Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3):481-492.
36. TEIXEIRA, S.M.F. (1989) Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S.M.F (org) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo – Rio de Janeiro, Cortez / Abrasco.
37. TEIXEIRA, C. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade e necessidades prioritárias de saúde. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2000. pp 261-282.
38. TESTA, M., 1992. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas. 226p.
39. TESTA, M., 1995. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*.: São Paulo-Hucitec, Rio de Janeiro-Abrasco, 305p
40. TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas (1997). In: Merhy & Onocko, R. *Agir em saúde: Um desafio para o público*. Hucitec: São Paulo – Lugar Editorial: Buenos Aires, p.17-70.
41. VIANA, A.L.D.; HEIMANN, L.S.; LIMA L.D.; OLIVEIRA, R.G.; RODRIGUES, S.H. (2002) Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saude Pública*,. 18 (Suplemento): p. 139-151.
42. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A.; CHAVES, S.C.L.; SILVA, G.A.P.; PAIM, J.S.P. (2005) *Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparativo de cinco casos na Bahia-Brasil*. [submetido a publicação]

QUADROS

Quadro 1 – Dimensões, sub-dimensões e critérios utilizados na análise do contexto

| Dimensão “Conformação do sistema de saúde” | |
|---|--|
| Sub-dimensões | Critérios |
| Estrutura do sistema de saúde | Complexidade da rede de serviços de saúde do município Qualificação das equipes de saúde Instrumentos de suporte à organização do sistema |
| Evolução da organização do SUS no município | História de estruturação dos serviços de saúde Política sanitária prévia Habilitação nas NOB |
| Apoio político e social ao SUS | Base de apoio na Câmara de Vereadores Apoio da gestão municipal Financiamento do SUS Apoio externo à gestão municipal do sistema de saúde |
| Dimensão “Regulação do sistema de saúde” | |
| Sub-dimensões | Critérios |
| Características dos atores | Trajetória política dos agentes Trajetória profissional dos agentes |
| Concepções dos atores | Percepção dos princípios de equidade, eficiência e cidadania Prioridade da participação social no discurso dos diferentes atores (valorização dos processos democráticos) Concepção de regulação do SS: o SUS, o CMS, papel e responsabilidade dos diversos atores |
| Operacionalização dos princípios democráticos | Representação social em instâncias de gestão municipal Mecanismos criados para implementar a equidade em saúde, a transparência na aplicação dos recursos e a vocalização das demandas individuais |

Quadro 2 - Número de unidades de saúde por tipo e prestador nos dois municípios-caso, Bahia, 2005

| Tipo de unidade | Município A | | | | | | Município B | | | | | |
|---|-----------------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Esfera Administrativa | | | | Total SUS | Total | Esfera Administrativa | | | | Total SUS | Total |
| | Público | | Privado | | | | Público | | Privado | | | |
| | Est. | Mun. | Contr. | Não Contr. | Est. | Mun. | Contr. | Não Contr. | | | | |
| Unidade básica de saúde | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 | 25 | 0 | 32 | 0 | 0 | 32 | 32 |
| USF | 0 | 21 | 0 | 0 | 21 | 21 | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 | 25 |
| Tradicional | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 | 7 |
| Posto de saúde | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 26 | 0 | 1 | 26 | 27 |
| Centro de parto normal (isolado) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Consultório isolado | 0 | 0 | 0 | 56 | 0 | 56 | 0 | 0 | 1 | 157 | 1 | 158 |
| Clínica/ambulatório de especialidade | 1 | 0 | 5 | 6 | 6 | 12 | 1 | 8 | 7 | 44 | 16 | 60 |
| Policlínica | 1 | 0 | 4 | 10 | 5 | 15 | 1 | 0 | 0 | 13 | 1 | 14 |
| Unidade de apoio para diagnose e terapia (SADT isolado) | 0 | 1 | 10 | 5 | 11 | 16 | 0 | 1 | 7 | 9 | 8 | 17 |
| Hospital especializado | 0 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 8 |
| Hospital geral | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 5 | 0 | 6 | 6 |
| Hospital-dia – isolado | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Pronto socorro geral | | | | | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Unidade móvel terrestre | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Unidade móvel pré-hospitalar de urgência/emergência | | | | | | | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| Total | 3 | 30 | 22 | 80 | 55 | 135 | 4 | 75 | 23 | 229 | 102 | 331 |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [site do DATASUS, capturado em 26 de janeiro de 2006]

Quadro 3 - Características dos agentes representantes dos 4 grupos de atores do sistema de saúde nos municípios estudados

| Atores sociais | Sexo, idade e origem | Trajetória profissional | Trajetória política |
|-------------------------|-----------------------------|---|---|
| Equipe de Gestão | | | |
| Município A | | | |
| Agente 1 | Masculino, 31 anos. | Médico, formado em 1999. Após conclusão do curso trabalhou na área de cardiologia por dois anos mas decidiu que queria atuar em saúde pública e por isso retornou para sua cidade natal para trabalhar no PSF. Foi convidado para a direção de um hospital no município antes de ser Secretário de Saúde. Fez curso de especialização em saúde pública e atualmente faz curso de mestrado nessa área. | Atuou no sindicato dos médicos, sendo simpatizante de um partido de esquerda. Após ser convidado para a SMS filiou-se ao mesmo partido do prefeito. |
| Município B | | | |
| Agente 1 | Feminino, 43 anos. | Assistente social, formada em 1985, atua na área de Saúde há 16 anos. Trabalhou no programa de hanseníase e na Coordenação da Atenção Básica. É responsável desde 1999 pela área de controle social, tendo como função estimular e acompanhar a formação dos Conselhos Locais. Atuou na atenção básica e atualmente, além do controle social, trabalha no pólo de Educação Permanente. | Tem uma história de militância na área de saúde, participando na linha de frente da organização das conferências municipais de saúde, da articulação com os movimentos sociais no município (sindicatos de trabalhadores e associações comunitárias), com outros setores no município (como a Secretaria de Desenvolvimento Social, Conselho do orçamento Participativo) e a equipe de gestão da SMS. Acompanha as reuniões do CMS desde sua criação. Entretanto só assumiu a representação na gestão passada. Coordenadora dos cursos de capacitação para conselheiros municipais e locais e foi indicada pela Instituição que representa para representá-la no CMS. |
| Agente 2 | Feminino, 39 anos. | Fez dois cursos de nível superior: enfermagem, com habilitação em obstetrícia, e odontologia, concluindo o último em 1993. Atualmente é do quadro gestor da SMS. Após conclusão do curso de graduação, veio para o Município B, para trabalhar em hospital estadual e consultório próprio. Em 1998, começou a | Depois de formada, atuou na Associação Brasileira de Odontologia. Desde 1996 tem atuação partidária no município, especialmente vinculada ao campo da saúde, tendo participado das decisões mais importantes no município nas duas últimas gestões municipais, em relação a projeto de governo, |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| | | trabalhar em equipe do PSF, quando da implantação do Programa no município, apresentando uma trajetória profissional de ascensão, na SMS, a posições cada vez mais importantes. | implantação do PSF e indicação de nomes para ocupar a SMS. Em 1997 participou da primeira gestão do CMS como representante dos profissionais de saúde. Atualmente preside o CMS. |
| Profissionais de saúde | | | |
| Município A | | | |
| Agente 1 | Masculino, 57 anos. | Médico, formado em 1972. Após conclusão do curso foi para o Rio de Janeiro, se aperfeiçoar. Foi aprovado em concurso, trabalhando no Exército por cerca de 30 anos. Resolveu retornar à cidade natal, trabalhando, então, para a SMS. | Atua no CRM há cerca de um ano. foi eleito para o período 2004-2008. Não tem militância partidária nem atuação sindical. |
| Município B | | | |
| Agente 1 | Masculino, 47 anos. | Médico, com 20 anos de formado, fez especialização em Medicina do Trabalho e atua como médico generalista e em medicina ocupacional. Após formado, foi trabalhar no interior do Estado por um período de 1 ano. Mora no município desde 1989. Durante 4 anos foi diretor de hospital estadual. Atua na rede pública no Estado e município e na rede privada, sendo sócio de uma grande clínica. | Atuação no CRM desde 1998, tendo sido re-eleito para o período 2004-2008. Não tem militância partidária nem atuação sindical. |
| Usuários | | | |
| Município A | | | |
| Agente 1 | Feminino, 50 anos, de descendência indígena. | Concluiu o segundo grau. Veio para o Município A em 1979, sendo dona de casa e mãe. Atuava em programas sociais através do MOBREAL e LBA mas quando se casou, o marido exigiu que abandonasse tais atividades. | Nunca gostou de se envolver com política. Em 1995 se separou e para buscar superar seu problema, começou a trabalhar na comunidade, indo atuar na Associação de Bairro, se tornando presidente. Em 2000 foi convidada pelo Secretário de Saúde para representar os usuários no CMS. Não havia eleições. Até então, não conhecia nada do CMS. A partir de 2001, com uma nova gestão municipal, foi alterado o processo de eleição dos membros através de assembléia das entidades. |
| Agente 2 | Feminino, 43 anos, há mais | É agente comunitária de saúde. tinha em torno de 15 a 16 anos quando começou a trabalhar. O pai era | Não sabe falar muito sobre os objetivos da Associação de Diabéticos. A Associação promove |

| | | | |
|--------------------|---|--|---|
| | ou menos quinze anos é diabética. | funcionário público e mãe lavadeira. | algumas atividades educativas, com baixa frequência. Não há integração com a SMS. Atua no CMS há menos de 2 anos. Representa também as entidades filantrópicas porque a representante anterior, da Associação dos Diabéticos, representava também essa instituição. Não sabe explicar bem o porquê. É simpatizante do PT e já atuou no PMDB. Relata sua entrada para o CMS dessa forma: “Um dia, numa reunião lá na Associação dos Diabéticos, recebemos uma carta, dizendo que faltava... pedindo um representante de lá da Associação. Porque tinha saído, Doutora Fulana, era uma nutricionista que era daqui, mas aí ela saiu, foi embora... Aí o presidente pediu alguém, mas não tinha ninguém. Aí ela disse ‘vai você Z.’, ‘é, vai você’. Terminei indo, assim, meio de pára-quebras...” |
| Município B | | | |
| Agente 1 | Feminino, 20 anos. | Estudante de segundo grau, faz Curso Normal (antigo Magistério) | Atua no Conselho de Orçamento Participativo há 3 anos (3 mandatos), que foi “meu portal de entrada pra essa minha vida” e na Federação das Associações de Bairros há 2 anos. Filiada ao Partido Socialista Brasileiro, PSB desde 2003, tendo sido filiada anteriormente ao Partido dos Trabalhadores (2002). Iniciou sua atuação política através de movimentos ligados à Igreja e atuação comunitária, sendo posteriormente eleita delegada do Conselho do Orçamento Participativo. Participou de vários congressos em âmbito estadual e nacional representando o município. Atua no CMS há cerca de 1 ano. |
| Agente 2 | Masculino, 61 anos, nascido no Município B. | Tem o segundo grau completo. Ex-funcionário público, trabalhou 32 anos como escrivão de polícia. Aposentado. Há 30 anos atrás, se tornou diabético, fazendo uso de insulina. | Fundador (há 13 anos) e presidente da Associação de Diabéticos. Não tem filiação partidária. Sua militância é direcionada para uma atuação educativa junto a diabéticos e para o incentivo da organização e do apoio a portadores desse problema, |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| | | | promovendo reuniões, articulação com instituições públicas e privadas, fundando associações em outros municípios, etc. Seu trabalho é apoiado pela SMS a quem considera como instituição parceira. Atua no CMS há 5 anos. O CMS reserva uma cadeira para portadores de necessidades especiais, tendo sido convidadas duas instituições atuantes no município para representá-los. |
| Agente 3 | Masculino, 40 anos, diabético. | Tem o segundo grau completo e faz curso pré-vestibular. Trabalha como mestre-de-obras da construção civil. | Ativista, desde 1979, do Partido dos Trabalhadores. Afastou-se há 9 meses por questões de “compromisso ético”. “O partido não vinha correspondendo na luta que a gente construiu nesses longos anos todos”. Atuante e organizador de cursos de formação política - voltado para negros e carentes – (Pastoral do Negro, entidade nacional). Relata que como resultado mais de 400 alunos pobres e negros ingressaram na Universidade; faz trabalho junto aos quilombolas de formação agrícola. Já foi membro do Conselho Local de Saúde. Está no CMS há duas gestões (2 anos, depois se afastou, e agora está há dois anos). Foi eleito em plenária dos Movimentos Sociais. |
| Prestadores privados | | | |
| Município A | | | |
| Agente 1 | Masculino, 67 anos. | Técnico em contabilidade, foi bancário por 37 anos, se aposentou e foi trabalhar em uma clínica privada como administrador. Trabalha como voluntário na Santa Casa de Misericórdia. | Não tem história de militância, além da atual participação no CMS, já faz 4 anos. Foi feita uma eleição entre as entidades para representação no CMS. Entre estas, foi eleita a Santa Casa, sendo ele escolhido como representante. |
| Agente 2 | Masculino, 45 anos, nascido no Município A. | Médico, desde 1984, fez residência médica em cirurgia-geral e especialização em Medicina Legal. foi para Ribeirão Preto fazer cursos de ecocardiografia e ultra-sonografia. Quando retornou, trabalhou em duas cidades do interior do Estado durante cerca de quatro anos. Depois, por questões | Nunca teve militância política. Está há 5 anos no CMS. “Quando se fez as primeiras reuniões para montar o Conselho Municipal, houve um chamamento a todas as entidades, para, quem quisesse, credenciar serviços. Apesar de nós não termos credenciado nenhum serviço aqui da nossa |

| | | | |
|--------------------|---------------------------|---|---|
| | | <p>peçoais, decidiu retornar para o Município A, onde nasceu. Já coordenou a Polícia Técnica da Região. Atualmente, é sócio de uma clínica privada não conveniada com o SUS e tem vínculo de trabalho com a SMS e com a Secretaria Estadual de Saúde.</p> | <p>clínica, eu achei que deveria participar”. Foi indicado pela Instituição que representa.</p> |
| Município B | | | |
| Agente 1 | Feminino, mais de 50 anos | <p>Concluiu o nível médio, fazendo, posteriormente um curso de Gerenciamento hospitalar pela Fundação São Camilo (foi um curso de 3 anos, de final de semana. Eles, naquela época, só absorviam quem já tinha mais de 10 anos na área. E daí, eu fui contemplada com essa permissão de fazer esse curso). Trabalha na Administração de um hospital privado há 25 anos, assumindo função de gerência há 12 anos.</p> | <p>Atua há vários anos no sindicato patronal. Assumiu o cargo há cerca de um ano e meio, mas desde a fundação do Conselho participa apoiando o presidente do Sindicato patronal, que era um médico, na condição de vice-presidente.</p> |

Quadro 3

COMENTÁRIOS FINAIS

O foco dos determinantes contextuais como eixo da abordagem avaliativa (análise de implantação do tipo 1) esteve relacionado à passagem de uma concepção instrumental de avaliação para uma outra, que privilegiou o papel da teoria na compreensão das diferenças entre intervenções planejadas e ofertadas^{70,71}. Desde 1966, quando apareceu pela primeira vez na arquitetura do modelo CIPP (*context, imput, process and product*)⁷², até os dias atuais, o contexto vem sendo valorizado em estudos de avaliação de programas e políticas sociais, seja na área de promoção da saúde, em estudos de performance organizacional e, inclusive, em atenção primária à saúde^{73,74}. A abordagem da dimensão contextual se revela, entretanto, de extrema complexidade, podendo ser analisada a partir de múltiplos aspectos – ou sub-dimensões – inter-relacionados entre si, encontrando-se uma vasta enumeração de possibilidades classificatórias que sustentam a prática de pesquisa na avaliação em saúde (contexto demográfico, histórico, político, administrativo, organizacional, jurídico, social, cultural, institucional, econômico)^{75, 76, 77}.

⁷⁰ VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (2005) Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: 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*. Salvador / Rio de Janeiro, FIOCRUZ / EDUFBA. p.15-39

⁷¹ MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. (2005) Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: 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*. Salvador / Rio de Janeiro, FIOCRUZ / EDUFBA. p.41-63.

⁷² STUFFLEBEAM, D.L. (1966) A depth study of the evaluation requirement. *Theory into practice*, 5(3): 121-133.

⁷³ POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROLHLICH, K.L. (2001) Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. *WHO Reg Publ Eur Ser.* (92):45-62.

⁷⁴ CENTRE FOR HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH. *A results-based logic model for primary care*. [capturado na internet em 6 de março de 2006].

⁷⁵ HARTZ, Z.M.A.; CHAMPAGNE, FRANÇOIS; CONTANDRIOPOULOS, A-P; LEAL, M.C. Avaliação do programa materno-infantil : análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. (org) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. p.89-131.

⁷⁶ CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L.; AVARGUES, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Révue d'Epidemiologie et santé publique*, 48: 517-539.

⁷⁷ CENTRE FOR HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH. *A results-based logic model for primary care*. [capturado na internet em 6 de março de 2006]

A incorporação da noção de contexto na investigação de processos socio-sanitários é, a nosso ver, de incomensurável valor teórico e prático. Entretanto, não se faz sem problemas e incertezas. A dificuldade de abordá-lo enquanto totalidade, ou de considerar todas as suas sub-dimensões, exige sempre a explicitação de “que contexto se fala”. Assim, um passo teórico-metodológico importante para sua utilização é definir as categorias com base nas quais será analisado.

Em nosso estudo, a abordagem do contexto se apresentou de três formas. Primeiro, no levantamento das variáveis demográficas, políticas, sócio-econômicas, geográficas e históricas que caracterizaram os municípios-caso escolhidos e níveis de análise da pesquisa, servindo, principalmente, como um descritor das realidades onde decorreu o processo de investigação. Ainda assim, e reiterando a assertiva de que a cisão entre descrição e análise é, sobretudo, formal, a consideração do contexto geográfico na avaliação da organização da atenção primária fez ressaltar um achado que se revelou da maior importância – as diferenças urbano-rurais da implantação - que indica a necessidade de estudos posteriores, bem como a adoção de políticas específicas que tomem essa temática em consideração.

Segundo, permeando a elaboração dos critérios de análise em relação às características das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da atenção primária, buscando identificar em que medida o contexto é considerado na realização de atividades de âmbito individual e coletivo.

Por fim, a abordagem do contexto se deu a partir da construção de novas categorias analíticas, priorizando a dimensão político-estrutural, que traduziu, por sua vez, uma opção teórica e metodológica que nos parecia a mais adequada para análise do objeto. Esta, embora tenha sido sistematizada apenas no terceiro artigo, deu sustentação ao projeto de pesquisa.

Alguns resultados parciais na análise das relações entre o contexto, a organização da atenção primária e a implantação de redes de atenção à saúde foram apresentados nos artigos

anteriores. Entretanto, dado o seu recorte, parece ser necessário fazer um maior investimento numa apreciação articulada dos três elementos presentes no modelo teórico deste estudo, o que não foi possível neste momento, devendo ser tematizado em um quarto artigo.

Buscaremos, entretanto, sistematizar alguns elementos, à guisa de lições preliminares e conclusões provisórias, a serem submetidas ao debate sobre os limites e possibilidades que se apresentaram na realização deste trabalho, e enriquecidas com ele.

1. O estudo reiterou o pressuposto de que o PSF é uma intervenção de elevada complexidade, com forte interação com seu contexto, e com possibilidades distintas de organização da atenção primária e de inserção no sistema de saúde. As inovações organizacionais que se apresentam em sua proposta deveriam favorecer a construção de redes solidárias de atenção à saúde. Entretanto, sua implementação é fortemente determinada pelo contexto – vale dizer, pela conformação mais geral do sistema de saúde em suas diferentes modalidades de organização da Atenção Primária, e pela regulação que se estabelece nas relações de poder entre os atores. Nos municípios estudados, ainda que registradas as diferenças, tais relações permanecem extremamente desfavoráveis no pólo “usuários”, com uma baixa capacidade de interferir nos processos decisórios relacionados à saúde. Isto vale tanto no nível micro-organizacional (unidades de saúde) quanto no macro-organizacional, em instâncias municipais do sistema (Conselho Municipal de Saúde).

2. Contextos municipais distintos revelaram configurações distintas das relações de poder entre os atores com implicações diretas na organização das redes de atenção à saúde. O pólo “gestores” mostrou ter um protagonismo importante, fortemente determinado pela relação entre gestor municipal e gestor federal, através, sobretudo, do financiamento do sistema, o que confere poder administrativo ao primeiro. A própria existência e características da rede, enquanto estrutura, está subordinada à capacidade dos gestores em constituí-la na direção do fortalecimento do setor público.

3. A construção das “pontes” entre os pontos de atenção à saúde e, portanto, da rede enquanto dinâmica de relações entre atores organizacionais, esbarra em uma série de limitações, dentre as quais a insuficiência de instrumentos gerenciais que dêem suporte à integração (o que foi observado, especialmente, no município A) e que sejam capazes de regular não apenas os fluxos inter-unidades, mas as práticas intra-unidades. Neste espaço predomina a regulação profissional que é exercida atendendo a uma lógica profissional-centrada. A força da regulação profissional reside, especialmente, em sua natureza, sustentada pelo poder técnico e simbólico do médico e pela construção de um espaço privado, não publicizado, de relação entre agentes.

4. A construção de redes implica no estabelecimento de relações de parceria e cooperação que se dão quando os atores partilham os mesmos valores e ideais. A situação atual dos sistemas municipais de saúde investigados revelou uma contradição entre valores enunciados e sua operacionalização em termos de políticas e práticas. A ausência de espaços de discussão das práticas e de reflexão sobre os valores que as orientam, seja na esfera micro-organizacional (unidades de saúde) seja na esfera macro-organizacional (Conselho Municipal de Saúde) age no sentido de favorecer a reprodução das práticas e da inércia do sistema, reduzindo as possibilidades de indução de mudanças pelas novas propostas de inovação organizacional, em sintonia com valores democráticos de eficiência, cidadania e equidade.

5. Breve, reconhecemos que este trabalho cumpriu mais o papel de suscitar novas indagações do que apresentar conclusões acabadas sobre os aspectos aqui analisados, apontando um conjunto de questões que merecem ser objeto de novas pesquisas. Dentre estas, destacamos a necessidade de estudos como o tipo 2 da análise de implantação, que permitam relacionar o grau de implantação à efetividade da rede, haja visto, por exemplo, as elevadas proporções de óbitos por causas mal definidas em ambos os municípios; uma análise mais refinada distinguindo os contextos geográficos urbano-rural e suas implicações no

desempenho do sistema de saúde; e estudos de custos incluindo a implantação de centrais de regulação, enquanto linhas de investigação a serem priorizadas.

Vale, entretanto, mencionar que os resultados do estudo colocam, também, desafios de outra ordem, para os “sujeitos pós-epistêmicos”, do que-fazer a partir da produção de um conhecimento provisório, aliando prática científica e prática de vida, ou, ainda, como defende Testa⁷⁸ (1997), transformando o conhecimento científico numa prática de vida.

⁷⁸ TESTA, M.(1997) *Saber em salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 238p.

ANEXO 1



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Registro CEP: 006-04/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "Análise de Implantação do programa de Saúde da Família no Contexto da Organização da Atenção À Saúde no Estado da Bahia".

Pesquisador Responsável: Maria Guadalupe Medina

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 04 de junho de 2004, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela situação do projeto abaixo descrito.

Situação: APROVADO

Salvador, 07 de junho de 2004

Vilma Sousa Santana

VILMA SOUSA SANTANA

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

| |
|--|
| BLOCO 1 |
| <p>Perfil {Habilidade política, técnica e gerencial: vontade política do gestor municipal, sensibilidade frente às necessidades de saúde da população, seriedade e empenho na aplicação e administração de recursos e habilidade de lidar com a complexa tarefa de transformar o sistema de saúde}</p> <p>Fale um pouco de você...</p> |
| <p>Histórico</p> <p>Quais os cursos que você fez na pós-graduação?</p> |
| <p>Trajetória</p> <p>Como foi sua trajetória até chegar a Secretaria e ocupar esse tão importante cargo? (Fale-nos um pouco sobre sua história até chegar neste cargo).</p> <p>Fale um pouco do que significa ser Secretário de Saúde do município.</p> |
| BLOCO 2 |
| Gestão municipal |
| <p>Processo decisório</p> <p>O Secretário de Saúde está todo o tempo tomando decisões...Fale um pouco como é tomar decisões como Secretário.....</p> |
| <p>Trajetória da gestão municipal</p> <p>Qual a trajetória da gestão municipal?</p> <p>Fale um pouco sobre a constituição do setor saúde do município nas últimas duas décadas (Criação da SMS, gestões anteriores)</p> <p>Há continuidade política nos últimos 10 anos?</p> <p>Comente sobre as grandes marcas do governo municipal para estes quatro anos.</p> |
| <p>Relações de poder</p> <p>Que forças políticas compõem e fizeram parte nos últimos 10 anos da gestão municipal?</p> <p>Qual a correlação de forças da atual gestão municipal?</p> |
| <p>Experiência de projetos de mudança</p> <p>Qual a trajetória da gestão municipal em relação a projetos e experiências inovadoras? orçamento participativo, projetos sociais envolvendo a participação, etc.;</p> <p>Como você qualificaria o dinamismo da gestão no período? Há experiências de mudança/inação? Quais as principais? Exemplifique.</p> |
| <p>Processo decisório</p> <p>Existe representação social em instâncias de gestão municipal?</p> <p>Existem espaços e mecanismos de expressão e negociação entre os atores? Quais os espaços de vocalização dos diversos segmentos?</p> <p>Existem movimentos sociais organizados em atividade? Quais são os principais movimentos sociais na cidade? Quem são os representantes desses movimentos?</p> <p>Fale um pouco do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde...</p> <p>Qual a sua avaliação da atuação do CMS?</p> <p>Os conselheiros foram capacitados?</p> <p>As deliberações propostas pelo Conselho são implementadas?</p> <p>Existem Conselhos Locais de Saúde? Quantos? Onde? Como eles atuam?</p> <p>O município tem realizado Conferências Municipais de Saúde? Fale-nos um pouco...</p> <p>Como você avalia a participação dos profissionais de saúde nas decisões relacionadas ao sistema de saúde?</p> <p>E a participação da população / movimentos sociais?</p> <p>E o setor privado? Como ele influencia as decisões em saúde?</p> |

BLOCO 3**Prioridade para a Saúde**

Você considera a saúde como prioridade do atual governo? Por quê? O que tem sido feito?

O governo atual tem investido em saúde?

Que percentual do orçamento próprio tem aplicado?

BLOCO 4 – Sistema de Saúde - Capacidade gerencial / Relações de poder**Política sanitária**

Você considera que existe uma política sanitária no município? Quais são os principais pontos dessa política? Qual a história da implantação dessa política sanitária?

Base de apoio político

Como é a relação da Secretaria municipal com a Secretaria Estadual de Saúde? Fale um pouco dessa relação...

Você costuma participar das reuniões da Bipartite? Fale um pouco dessa experiência.

Existe algum tipo de apoio à gestão do município? E, especificamente em relação à gestão municipal da Saúde? E internamente, que grupos têm apoiado (atores sociais) a gestão da saúde? Quem se opõe à atual política da saúde? Em relação aos outros setores da gestão municipal, como você vê o apoio e a oposição aos projetos da Saúde?

Que apoios, internos e externos, tem recebido o PSF no município?

Qual a composição política da Câmara de Vereadores?

A oposição ao governo é importante?

Que instituições da sociedade civil interagem com a SMS em suas ações? Comente sobre esse trabalho.

Financiamento

Fale-nos um pouco do financiamento do sistema...

Quanto o município gasta por mês com saúde? Você sabe o gasto percapita?

E com o PSF? Quanto custa uma ESF?

Qual a parcela de recursos municipais, estaduais e federais? O município cumpre a EC29? O município consegue executar a totalidade dos recursos? Existe um profissional responsável pela parte financeira do FMS?

Quem gerencia o Fundo Municipal de Saúde? A gestão do Fundo é descentralizada?

O Secretário tem autonomia financeira para utilização dos recursos municipais?

Como é o processo licitatório?

Quadro técnico

Você considera que os quadros técnicos são suficientes?

Existem quadros técnicos qualificados? Quais as estratégias utilizadas para captar recursos qualificados?

Fale um pouco da política de recursos humanos da SMS

Quais as estratégias utilizadas para capacitação dos profissionais de saúde? Você considera que a capacitação dos profissionais de saúde é uma prioridade? Exemplifique como tem sido priorizada. Quanto tem sido gasto em capacitação dos profissionais?

As equipes do PSF são qualificadas? Que capacitações foram realizadas para as equipes de saúde da atenção básica?

Gerenciamento

Qual a trajetória do município em relação à habilitação (NOBs e NOAS)?

Você considera que existe capacidade política e técnica para gerenciar o sistema de saúde?

Quais os principais problemas de gerenciamento do sistema que você identifica?

Existem instrumentos de suporte à organização do sistema? Você poderia citá-los (alguns deles)?

Planejamento

Fale um pouco do processo de planejamento na SMS e nos serviços de saúde...

Qual a participação da população nos processos de planejamento?

Qual a participação dos profissionais de saúde nos processos de planejamento?

Sistema de informação e comunicação social

Quais são os sistemas de informações de saúde do município?

Quem gerencia esses sistemas?

Quem utiliza esses sistemas?

Eles estão acessíveis / disponíveis para consulta? Como?

Há alguma utilização das informações para o planejamento e a gestão no município?

E para a tomada de decisões? Você poderia dar exemplos?

Existem ações / instrumentos de monitoramento e avaliação da SMS? Fale um pouco sobre isso...

(quem realiza...para que serve...quais os resultados...)

Há divulgação de informações provenientes dos SIS? Para quem?

O Conselho municipal de Saúde tem acesso às informações? E os profissionais de saúde das unidades? E a população em geral?

Além dos sistemas de informação oficiais, você identifica alguma outra forma de circulação (informal ou não) da informação de saúde (por exemplo, como circula a informação entre as unidades de saúde?)

A Secretaria tem algum setor/divisão de comunicação social?

Há alguma forma sistemática de divulgação das informações de saúde? Exemplifique

BLOCO 5 – Sistema de Saúde – Grau de implantação de redes**Organização do sistema**

Fale um pouco sobre a organização do sistema de saúde no município...

Como se estrutura a SMS?

Que programas existem atualmente na SMS?

Como eles funcionam?

Quais são as prioridades atuais da SMS?

Você acha que o município tem uma rede de saúde bem estruturada? Por que?

Qual é a articulação do município com sua região?

A Secretaria desenvolve ações articuladas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde?

Cite exemplos

Você conhece a situação epidemiológica do município?

Você acha que os serviços estão organizados de modo a responder aos problemas de saúde (prioritário) do município? Por que? Como? Você acha que existe coerência entre as ações de prevenção e controle (ações sobre os riscos) realizadas e os problemas priorizados? Justifique

Como é a organização da atenção básica no município?

Qual a sua opinião sobre a organização da atenção básica no município?

Você acha que existe integração dos níveis de prevenção, recuperação e reabilitação para os agravos/problemas priorizados no município?

Se pensarmos na HIP e DIA, por exemplo, você acha que existem estratégias para o diagnóstico precoce e prevenção? Exemplifique

Como as unidades de saúde se relacionam entre si? Por exemplo, no caso de um paciente hipertenso....

O que acontece quando um paciente precisa de um exame especializado? (onde e como é realizado)

O que acontece quando um paciente precisa de um atendimento com especialista? (onde e como é realizado)

O que acontece quando um paciente precisa de uma internação? (onde e como é realizada)

Os resultados dos exames / consultas retornam para as unidades básicas?

Existe referência e contra-referência?

Existe central de regulação? Como funciona?

Que serviços são oferecidos pela rede própria? (básica? média e alta?)

Que serviços são oferecidos pela rede privada? (básica? média e alta?)

Como é o credenciamento para a rede privada?

Como é relação com o setor privado?

Como é a relação com os profissionais de saúde?

Ações intersetoriais

Como o setor saúde se articula com os outros setores? Existem iniciativas intersetoriais?

Exemplifique

Existem projetos orientados pela concepção de políticas públicas saudáveis? Exemplifique.

Existem ações intersetoriais voltadas para os problemas priorizados no território? Exemplifique.

BLOCO 6 - Institucionalização do PSF

Fale um pouco sobre a trajetória do PSF na Secretaria municipal de Saúde...

Você sabe qual a cobertura atual do PSF? Como evoluiu nos últimos anos?

Você sabe o percentual de gasto municipal com o PSF?

Você considera que o PSF tem sustentabilidade (política, organizativa, etc.)?

Como você vê a adesão política dos atores sociais do município ao PSF?

Como é a capacitação dos profissionais do PSF no município?

Você acha que os profissionais de saúde valorizam o PSF? Você acha que os profissionais do PSF ocupam espaços nas corporações de saúde?

Você acha que a sociedade valoriza o PSF?

Como funciona a rede básica onde não há cobertura do PSF?

Como trabalha o ACS nas unidades básicas que não são PSF?

Há uma influência do Programa nas outras unidades da rede básica? Qual?

Você acha que o PSF influencia na organização da rede? Como?

Você poderia citar o exemplo de duas equipes que são modelo positivo de implantação do PSF? Por que?

Qual sua avaliação geral sobre o PSF no município?

Você poderia citar o exemplo de duas equipes que são modelo negativo de implantação do PSF? Por que?

BLOCO 7 – Regulação do sistema de saúde

Alocação de recursos (financeiros e materiais) da saúde

Como é a distribuição dos serviços de saúde (geográfica, público-privado e populacional)?

Como você vê a relação com o setor privado no município?

Gestão dos recursos

Quem é responsável pela gestão dos recursos? Quem decide?

Operacionalização do princípio da equidade

Existem mecanismos para implementar a equidade em saúde? Exemplifique

Operacionalização do princípio da eficiência (sistema de informações e avaliação???)

Você considera que a gestão da SMS é eficiente? Por que?

Você considera que a administração pública dos recursos é eficiente?

Que medidas foram / têm sido tomadas para a “a boa administração pública dos recursos”?

Você considera que existe transparência na aplicação dos recursos?

Que medidas foram / têm sido tomadas para a “a transparência na aplicação dos recursos”?

Você considera que existe muita corrupção em relação no setor saúde? A SMS tem alguma ação

| |
|---|
| <p>de controle sobre o desperdício e a corrupção? Cite exemplos</p> <p>E de controle sobre as normas relacionadas aos serviços e ao trabalho em saúde?</p> |
| <p>Operacionalização do princípio de cidadania {Iniciativas para restaurar o princípio do respeito e da responsabilidade sobre o “cidadão usuário” e o “cidadão profissional de saúde” tais como melhoria das condições de trabalho, responsabilidade sobre o paciente dentro e fora do município, etc}</p> <p>A SMS desenvolveu ou tem desenvolvido mecanismos de vocalização das demandas individuais (tipo ouvidoria)? Quais? Cite exemplos</p> <p>A SMS tem desenvolvido alguma iniciativa em relação à melhoria das condições de trabalho? Quais?</p> <p>A SMS se sente responsável pelos usuários dos serviços de saúde? E quando o paciente está fora do município?</p> |
| <p>BLOCO 8 – Dimensão simbólica</p> |
| <p>Paradigma de intervenção</p> <p>Que valores orientam a atuação da SMS?</p> <p>O que você entende por equidade em saúde?</p> <p>O que você entende por eficiência em saúde?</p> <p>O que você entende por cidadania em saúde?</p> <p>Em termos de “cooperação e competição”, como você vê a relação entre SMS, profissionais de saúde, movimentos sociais e setor privado?</p> <p>O que você entende por saúde?</p> <p>O que você entende por responsabilidade sanitária?</p> <p>Que princípios da reforma sanitária você considera mais importantes?</p> <p>Como você definiria “atenção básica” em saúde?</p> |
| <p>Valorização dos processos democráticos</p> <p>Como você vê a democracia no setor saúde?</p> |
| <p>BLOCO 9 – Balanço da gestão</p> |
| <p>Se você tivesse que fazer um balanço hoje da sua gestão o que você identificaria como principais problemas e principais avanços?</p> <p>Se você tivesse que dizer em poucas palavras onde você quer chegar / o que você espera como resultados até o fim da gestão, o que você diria?</p> |

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MEMBRO DO CMS

| |
|---|
| BLOCO 1 |
| Representante de Desde..... |
| Perfil / Histórico Fale um pouco de você... Qual a sua formação profissional? |
| Trajetória Há quanto tempo você é representante no CMS? Há quanto tempo você atua no CMS? Como foi sua trajetória até chegar a ocupar esse cargo? (Fale-nos um pouco sobre sua história até chegar nesse cargo). |
| BLOCO 2 |
| Gestão municipal (Processo decisório) Fale um pouco do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde... Quais os principais temas que o CMS discute? Os conselheiros foram capacitados? As deliberações propostas pelo Conselho são implementadas? Existem Conselhos Locais de Saúde? Quantos? Onde? Como eles atuam? O município tem realizado Conferências Municipais de Saúde? Fale-nos um pouco... Como você vê a sua participação no Conselho Municipal de Saúde? Como você avalia a participação dos profissionais de saúde nas decisões relacionadas ao sistema de saúde? E a participação da população / movimentos sociais? E o setor privado? Como ele influencia as decisões em saúde? Existe representação social em instâncias de gestão municipal? Existem espaços e mecanismos de expressão e negociação entre os atores? Quais os espaços de vocalização dos diversos segmentos? Existem movimentos sociais organizados em atividade? Quais são os principais movimentos sociais na cidade? Quem são os representantes desses movimentos? |
| Trajetória da gestão municipal Como você vê a trajetória da gestão municipal? Fale um pouco sobre a constituição do setor saúde do município nas últimas duas décadas (Criação da SMS, gestões anteriores) Há continuidade política nos últimos 10 anos? Comente sobre as grandes marcas do governo municipal para estes quatro anos. |
| Relações de poder Que forças políticas compõem e fizeram parte nos últimos 10 anos da gestão municipal? Qual a correlação de forças da atual gestão municipal? |
| Experiência de projetos de mudança Qual a trajetória da gestão municipal em relação a projetos e experiências inovadoras? orçamento participativo, projetos sociais envolvendo a participação, etc.; Como você qualificaria o dinamismo da gestão no período? Há experiências de mudança/inação? Quais as principais? Exemplifique. |
| BLOCO 3 |
| Prioridade para a Saúde Você considera a saúde como prioridade do atual governo? Por quê? O que tem sido feito? O governo atual tem investido em saúde? Você sabe o percentual do orçamento próprio tem aplicado? |

BLOCO 4 – Sistema de Saúde - Relações de poder / Capacidade gerencial
Política sanitária

Você considera que existe uma política sanitária no município? Quais são os principais pontos dessa política? Qual a história da implantação dessa política sanitária?

Base de apoio político

Como é a relação da Secretaria municipal com a Secretaria Estadual de Saúde? Fale um pouco dessa relação...

Existe algum tipo de apoio à gestão do município? E, especificamente em relação à gestão municipal da Saúde? E internamente, que grupos têm apoiado (atores sociais) a gestão da saúde? Quem se opõe à atual política da saúde? Em relação aos outros setores da gestão municipal, como você vê o apoio e a oposição aos projetos da Saúde?

Que apoios, internos e externos, tem recebido o PSF no município?

Qual a composição política da Câmara de Vereadores?

A oposição ao governo é importante?

Que instituições da sociedade civil interagem com a SMS em suas ações? Comente sobre esse trabalho.

Atuação do Conselho (Financiamento)

O Conselho está a par da execução financeira do FMS?

Você sabe quanto o município gasta por mês com saúde? o gasto percapita?

E com o PSF? Quanto custa uma ESF?

Qual a parcela de recursos municipais, estaduais e federais? O município cumpre a EC29? O município consegue executar a totalidade dos recursos? Existe um profissional responsável pela parte financeira do FMS?

Quem gerencia o Fundo Municipal de Saúde? A gestão do Fundo é descentralizada?

Atuação do Conselho (Quadro técnico)

Fale um pouco da política de recursos humanos da SMS

Você considera que os quadros técnicos são suficientes?

Existem quadros técnicos qualificados? Quais as estratégias utilizadas para captar recursos qualificados?

Quais as estratégias utilizadas para capacitação dos profissionais de saúde? Você considera que a capacitação dos profissionais de saúde é uma prioridade? Exemplifique como tem sido priorizada. As equipes do PSF são qualificadas? Que capacitações foram realizadas para as equipes de saúde da atenção básica?

Atuação do Conselho (Gerenciamento)

Qual a trajetória do município em relação à habilitação (NOBs e NOAS)?

Você considera que existe capacidade política e técnica para gerenciar o sistema de saúde?

Quais os principais problemas de gerenciamento do sistema que você identifica?

Existem instrumentos de suporte à organização do sistema? Você poderia citá-los (alguns deles)?

Atuação do Conselho (Planejamento)

Fale um pouco do processo de planejamento na SMS e nos serviços de saúde...

Qual a participação do CMS nos processos de planejamento?

Qual a participação da população nos processos de planejamento?

Qual a participação dos profissionais de saúde nos processos de planejamento?

Sistema de informação e comunicação social

O Conselho Municipal de Saúde tem acesso às informações da SMS? Quais?

O CMS utiliza os dados dos sistemas de informação de saúde?

Eles estão acessíveis / disponíveis para consulta? Como?

As informações provenientes dos SIS são divulgadas periodicamente para o CMS? Como? Com que frequência?

Há alguma utilização das informações para o planejamento e a gestão no município?
 E para a tomada de decisões? Você poderia dar exemplos?
 Existem ações / instrumentos de monitoramento e avaliação da SMS? Fale um pouco sobre isso...
 (quem realiza...para que serve...quais os resultados...)
 E os profissionais de saúde das unidades? E a população em geral?

BLOCO 5 – Sistema de Saúde – Grau de implantação de redes

Organização do sistema

Qual a sua opinião sobre a assistência à saúde no município?
 Você acha que o município tem uma rede de saúde bem estruturada? Por que?
 Qual é a articulação do município com sua região?
 Você conhece a situação epidemiológica do município? E os outros membros?
 Você acha que os serviços estão organizados de modo a responder aos problemas de saúde (prioritários) do município? Por que? Como? Você acha que existe coerência entre as ações de prevenção e controle (ações sobre os riscos) realizadas e os problemas priorizados? Justifique
 A Secretaria desenvolve ações articuladas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde?
 Cite exemplos
 Você acha que existe integração dos níveis de prevenção, recuperação e reabilitação para os agravos/problemas priorizados no município?
 O Conselho conhece as ações de saúde relacionadas a HIP e DIA?
 Fale um pouco sobre essas ações
 {Por exemplo, você acha que existem estratégias para o diagnóstico precoce e prevenção? Exemplifique. Como as unidades de saúde se relacionam entre si? Por exemplo, no caso de um paciente hipertenso...O que acontece quando um paciente precisa de um exame especializado? (onde e como é realizado) O que acontece quando um paciente precisa de um atendimento com especialista? (onde e como é realizado)
 O que acontece quando um paciente precisa de uma internação? (onde e como é realizada) Os resultados dos exames / consultas retornam para as unidades básicas? Existe referência e contra-referência? Existe central de regulação? Como funciona?
 Que serviços são oferecidos pela rede própria? (básica? média e alta?) Que serviços são oferecidos pela rede privada? (básica? média e alta?)
 Como é o credenciamento para a rede privada?
 Como é relação com o setor privado?
 Como é a relação com os profissionais de saúde?
Ações intersetoriais
 Como o setor saúde se articula com os outros setores? Existem iniciativas intersetoriais? Exemplifique {Existem projetos orientados pela concepção de políticas públicas saudáveis? Exemplifique. Existem ações intersetoriais voltadas para os problemas priorizados no território? Exemplifique}

BLOCO 6 -

Institucionalização do PSF

Qual sua avaliação geral sobre o PSF no município?
 Fale um pouco sobre a trajetória do PSF na Secretaria municipal de Saúde...
 (Você sabe qual a cobertura atual do PSF? Como evoluiu nos últimos anos?
 Você sabe o percentual de gasto municipal com o PSF?)
 Você considera que o PSF tem sustentabilidade (política, organizativa, etc.)?
 Como você vê a adesão política dos atores sociais do município ao PSF?
 Como é a capacitação dos profissionais do PSF no município?

Você acha que os profissionais de saúde valorizam o PSF? Você acha que os profissionais do PSF ocupam espaços nas corporações de saúde?
 Você acha que a sociedade valoriza o PSF?
 Qual a sua avaliação do funcionamento da rede básica onde não há cobertura do PSF?
 Há uma influência do Programa nas outras unidades da rede básica? Qual?
 Você acha que o PSF influencia na organização da rede? Como?
 Você poderia citar o exemplo de duas equipes que são modelo positivo de implantação do PSF? Por que?
 Você poderia citar o exemplo de duas equipes que são modelo negativo de implantação do PSF? Por que?

BLOCO 7 – Regulação do sistema de saúde

Alocação de recursos (financeiros e materiais) da saúde

O que você acha da distribuição dos serviços de saúde no município? (geográfica, público-privado e populacional)?

Como você vê a relação com o setor privado no município?

Gestão dos recursos / Processo decisório

O que você acha da gestão dos recursos do sistema de saúde?

O que você acha do processo decisório no sistema de saúde?

Operacionalização do princípio da equidade

Existem mecanismos para implementar a equidade em saúde? Exemplifique

O CMS tem atuado para melhorar a equidade em saúde? Como?

Operacionalização do princípio da eficiência (sistema de informações e avaliação???)

Você considera que a gestão da SMS é eficiente? Por que?

Você considera que a administração pública dos recursos é eficiente?

Que medidas foram / têm sido tomadas para a “a boa administração pública dos recursos”?

Você considera que existe transparência na aplicação dos recursos?

Que medidas foram / têm sido tomadas para a “a transparência na aplicação dos recursos”?

Você considera que existe muita corrupção em relação no setor saúde? A SMS tem alguma ação de controle sobre o desperdício e a corrupção? Cite exemplos

E de controle sobre as normas relacionadas aos serviços e ao trabalho em saúde?

O CMS tem atuado para melhorar a eficiência do sistema de saúde? Como?

Operacionalização do princípio de cidadania {Iniciativas para restaurar o princípio do respeito e da responsabilidade sobre o “cidadão usuário” e o “cidadão profissional de saúde” tais como melhoria das condições de trabalho, responsabilidade sobre o paciente dentro e fora do município, etc}

Você acha que a SMS desenvolveu ou tem desenvolvido mecanismos de vocalização das demandas individuais (tipo ouvidoria)? Quais? Cite exemplos. Qual a participação do CMS em relação a essas medidas?

Você acha que a SMS tem desenvolvido alguma iniciativa em relação à melhoria das condições de trabalho? Quais? Qual a participação do CMS em relação a essas medidas?

Você acha que a SMS se sente responsável pelos usuários dos serviços de saúde? E quando o paciente está fora do município? Qual a participação do CMS em relação a essas medidas?

BLOCO 8 – Dimensão simbólica

Paradigma de intervenção

Que valores orientam a atuação do CMS?

Que valores orientam a atuação da SMS?

O que você entende por equidade em saúde?

O que você entende por eficiência em saúde?

| |
|--|
| <p>O que você entende por cidadania em saúde? Em termos de “cooperação e competição”, como você vê a relação entre SMS, profissionais de saúde, movimentos sociais e setor privado? O que você entende por saúde? O que você entende por responsabilidade sanitária? Que princípios da reforma sanitária você considera mais importantes? Como você definiria “atenção básica” em saúde?</p> |
| <p>Valorização dos processos democráticos Como você vê a democracia no setor saúde?</p> |
| <p>BLOCO 9 – Balanço da gestão</p> |
| <p>Se você tivesse que fazer um balanço hoje da atuação do CMS, o que você identificaria como principais problemas e principais avanços? Se você tivesse que fazer um balanço hoje da gestão da SMS, o que você identificaria como principais problemas e principais avanços?</p> |

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

| |
|---|
| BLOCO 1 |
| Perfil Fale um pouco de você... Quais os cursos que você fez na pós-graduação? Que capacitações você recebeu para trabalhar na equipe do PSF? |
| BLOCO 2 |
| Trajetória Desde quando você trabalha na Secretaria de Saúde? Como você veio trabalhar nesta unidade? |
| BLOCO 3 Modalidade organizacional da atenção primária |
| Qual a abrangência desta USF? Como foi definida a população-alvo desta USF? Que critérios foram utilizados? Foi realizado mapeamento da área? Quando? Como é feita a atualização? Você teve alguma participação? Qual? Qual é a situação atual do cadastramento das famílias? Está completo? Como é feita a atualização? Você conhece a população da área? Você conhece as características da população da área? Você pode dizer sumariamente essas características? Como a população se desloca até a USF? Quais são os serviços/instituições existentes nessa área? A equipe tem alguma relação com esses serviços? Qual? Foi realizada análise da situação de saúde da área? Quando? Você participou? A população participou? Quais são os problemas prioritários com que a ESF trabalha? Como foram definidos? Você conhece o perfil epidemiológico da população da área? Qual(is) os critérios para oferta de serviços à população da área? Existe algum planejamento na USF? Quem realiza? Como? Como é a rotina de atendimento na unidade? (organização da atenção à saúde - balanço entre demanda espontânea e oferta organizada) Como é feita a marcação de consultas? Existem filas? O que acontece quando um paciente não consegue ser atendido? O que acontece quando o paciente tem um problema fora do horário de funcionamento da unidade? Qual é a média de atendimentos / dia? E de hipertensos/diabéticos? Quanto tempo o paciente espera para ser atendido? Que instrumentos de informação / gestão são utilizados na unidade? Como é utilizado o prontuário-família? Existe alguma ação dirigida ao grupo familiar? Como são tomadas as decisões no âmbito da USF? Existe algum tipo de supervisão na USF? Quem faz? Como é o processo de supervisão? E da USF? Quem faz? O que é feito? Descreva uma semana típica de trabalho sua. |
| Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes |
| BLOCO 4 |
| Como funciona o Programa de HD nesta USF? Que serviços estão envolvidos na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos? (de saúde, sociais, comunitários) Que atividades você desenvolve? Que atividades são desenvolvidas pelos outros profissionais? Como é a divisão de responsabilidades? Você considera que ela é satisfatória? Por que? Você desenvolve alguma atividade junto com outro(s) profissional(is)? Que ações são desenvolvidas? (promoção, prevenção, cura e reabilitação) Existe alguma ação voltada para a população de risco (obesos, fumantes, idosos, etc)? Existe alguma ação dirigida |

ao grupo familiar? Quem realiza? Existe alguma ação voltada para os trabalhadores? Quem realiza?

Você conhece o Programa de controle do tabagismo que funciona no CAE? Existem pacientes daqui que participam do Programa? Você tem algum contato com o profissional que desenvolve o Programa?

Como você avalia o funcionamento do Programa de HD na USF?

E no município?

BLOCO 5 – Atenção individual

Você se sente capacitado para atender o paciente hipertenso/diabético? Você recebeu alguma capacitação específica para isso? Você utiliza algum protocolo para atender os pacientes? Você conhece algum protocolo?

Você poderia descrever como é o atendimento a um paciente hipertenso ou diabético? Como é definido o plano terapêutico para o paciente hipertenso-diabético? (O paciente tem alguma margem de escolha na definição do seu plano terapêutico? Você pode exemplificar?)

Que tipo de orientação é fornecida aos pacientes? Você pode exemplificar?

Quais as implicações do contexto cultural na abordagem do paciente hipertenso ou diabético?

O paciente tem acesso aos seus exames? O paciente compreende o resultado dos seus exames?

O que ocorre quando um paciente hipertenso-diabético é fumante? E obeso?

Qual a sua avaliação sobre a adesão ao tratamento na USF? Você dispõe de dados sobre isso?

Que dificuldades você encontra? Que estratégias são adotadas para superar as dificuldades?

Como circula a informação entre os profissionais de saúde na unidade? Vocês realizam discussão dos casos clínicos na unidade? Com que frequência? Quem participa? Exemplifique.

Você poderia descrever um caso clínico para mim? Se necessário, dois, um de sucesso e outro de insucesso.

Como é a relação entre a USF e as outras unidades de saúde do PSF?

Como é a relação entre a USF e a CME?

Como é a relação entre a USF e a CAE?

Em que circunstâncias você solicita exames especializados para o HIP/DIA?

Em que circunstâncias você solicita consulta a especialista para o HIP/DIA?

Em que circunstâncias você solicita internação para o HIP/DIA?

O que acontece quando um paciente precisa de exame especializado? Quanto tempo, em média, demora para a realização de um exame especializado?

Quem guarda os exames? O que acontece se o paciente perder os exames?

(Os resultados são anotados no prontuário?)

O que acontece quando um paciente é internado? A ESF acompanha o paciente internado?

Se o paciente vai a uma consulta especializada ele tem de repetir sua história? E os exames?

O que acontece com os exames especializados solicitados pelo especialista? Como você fica sabendo dos resultados dos exames solicitados pelos especialistas? E do resultado da consulta?

Informação e Avaliação

Você utiliza os dados do SIAB? Como? E os do HIPER-DIA? Como?

Você preenche o formulário do HIPER-DIA? O que você acha do HIPER-DIA? O que você acha do SIAB?

BLOCO 6

Institucionalização do PSF

Qual a sua opinião sobre o PSF? Você vê alguma diferença entre o PSF e as unidades tradicionais básicas?

Existe alguma diferença na sua prática enquanto profissional do PSF em relação à sua prática anterior? Qual? A que você atribui?

Experiência de projetos de mudança

| |
|---|
| Na sua opinião, há experiências de mudança/ inovação na atenção à saúde no município? Quais? Exemplifique. |
| BLOCO 7 - Regulação do sistema de saúde |
| Operacionalização do princípio da equidade Existem mecanismos para implementar a equidade em saúde no âmbito desta unidade? Exemplifique |
| Operacionalização do princípio da eficiência Vocês utilizam algum instrumento de avaliação e monitoramento na USF? Especialmente em relação ao Programa de Hipertensão e Diabetes? Como se dá o controle dos medicamentos na USF? Fale um pouco do controle sobre o desperdício. |
| Operacionalização do princípio de cidadania Existem mecanismos na unidade para o usuário encaminhar suas demandas ou queixas? |
| BLOCO 8 – Dimensão simbólica |
| Valorização dos processos democráticos / Valorização social do campo da saúde / Paradigma de intervenção O que você entende por saúde? O que você entende por eficiência? O que você entende por equidade? O que você entende por cidadania? O que você entende por responsabilidade sanitária? |

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O ACS

| |
|---|
| BLOCO 1 e 2 |
| <p>Perfil / Trajetória</p> <p>Fale um pouco de você... Que capacitações você recebeu para trabalhar na equipe do PSF? Desde quando você trabalha na Secretaria de Saúde? Como você veio trabalhar nesta unidade?</p> |
| BLOCO 3 Modalidade organizacional da atenção primária |
| <p>Qual a sua área de atuação? Como foi definida?(critérios) Foi realizado mapeamento da área? Quando? Como é feita a atualização? Você poderia me mostrar o mapa? Você teve alguma participação? Qual? Qual é a situação atual do cadastramento das famílias? Está completo? Como é feita a atualização? Você conhece a população da área? Você pode descrever sua população? Como a população se desloca até a USF? Quais são os serviços/instituições existentes nessa área? Você tem alguma relação com esses serviços? Qual? Foi realizada análise da situação de saúde da área? Quando? Você participou? A população participou? Quais são os problemas prioritários da sua área? Como foram definidos? Você participou de alguma reunião de planejamento da USF? Que ações você desenvolve? Descreva uma semana típica de trabalho sua. Você conhece as atividades são desenvolvidas pelos outros profissionais? Os outros profissionais conhecem as atividades que você desenvolve? Como é a divisão de responsabilidades? Você considera que ela é satisfatória? Por que? Você desenvolve alguma atividade junto com outro(s) profissional(is)?</p> |
| BLOCO 4 Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes |
| <p>O que você faz numa visita a um paciente hipertenso? Descreva uma visita. O que você anota na Ficha B? O que você faz numa visita a um paciente diabético? Descreva uma visita.O que você anota na Ficha B? Os pacientes têm alguma queixa em relação à USF? Qual (is)? Você tem pacientes que não são acompanhados pela USF? Por que? O que você faz quando o paciente se recusa a ser acompanhado pela USF? Você já participou de alguma discussão de caso clínico na USF?</p> |

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO**Perfil e Trajetória social**

Fale um pouco do Sr./a... Onde o sr. mora...Que idade o sr. tem? O que o sr. faz?

(Anotar os dados da Ficha A)

Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes

O sr. tem pressão alta?

E diabetes?

Há quanto tempo?

Desde quando o sr. vem se tratando?

Com quem?

Quanto está medindo sua pressão hoje?

O/A médico-a já sabe de seu problema ou o sr. conta a história toda vez eu o sr. vem aqui?

A enfermeira já sabe de seu problema ou o sr. conta a história toda vez eu o sr. vem aqui?

E fora da unidade de saúde, tem alguém que o sr. procura pra tratar de seu problema? Quem? Quando?(em que circunstâncias)

Quando é que o sr. procura o/a médico/a ou a enfermeira?

Por que o sr. veio procurar o médico hoje?

O que o médico lhe disse?

Quando foi o último exame que o Sr. fez?

Quem pediu o exame? Por que?

Como foi que o sr. marcou o exame?

Quanto tempo demorou pra dar o resultado?

E quanto tempo levou para mostrar para o médico-a/enfermeira?

O sr. lembra do resultado?

Alguém lhe explicou o resultado do exame?

No último ano o sr. fez consulta com algum médico no CAE?

Quando? Por que?

Quanto tempo demorou pra marcar a consulta no CAE?

Como foi? (contar a trajetória)

O sr. levou algum papel de encaminhamento?

O médico já sabia de sua história?

O médico viu seus exames?

Como foi sua consulta?

O que é que o médico disse ao sr?

O sr. lembra quanto tempo durou sua consulta? (aproximadamente – unidade de 10 minutos)

O sr. participa de algum grupo aqui na unidade de saúde? Qual? Quantas vezes? que o grupo faz?

O sr. já foi convidado para participar de alguma reunião comunitária? Quando? Para que?

O sr. recebe a visita do ACS? Como é o nome dele? O sr. sabe onde ele mora?

O que ele faz quando visita o sr?

Quantas vezes ele visita o sr?

O sr. toma a pressão toda vez que vem na unidade?

Quais os remédios que o sr. toma? Quantas vezes?

Alguém já explicou para o sr. para que servem os remédios? Quem?

Alguém já orientou o sr. sobre a sua dieta? Quem? Qual foi a orientação?

O sr. fuma? Alguém já deu alguma orientação sobre o cigarro/charuto? Quem? O que disseram?

O sr. sabe que riscos estão relacionados com a sua doença? O sr. já recebeu alguma orientação sobre isso? O sr. sabe o que é o pé diabético? O sr. já recebeu alguma orientação de como cuidar dos pés?

O sr. tem alguma dificuldade para vir a esta unidade? Qual?

O que é que o sr. acha do atendimento nesta unidade? O sr. tem alguma queixa? Qual? E os outros serviços que o sr. frequenta?

No último ano o sr. procurou algum serviço de emergência? Por que? Conte como foi.

No último ano o sr. procurou algum outro serviço de saúde? Por que? Conte como foi.

No último ano o sr. foi internado? Por que? Conte como foi.

Alguém dessa unidade procurou o sr. enquanto o sr. esteve internado? E à sua família?