



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



MARIA APARECIDA DE SOUZA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS MUNICÍPIOS DO
AGRESTE DE PERNAMBUCO, BRASIL**

RECIFE
2008

MARIA APARECIDA DE SOUZA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
DOIS MUNICÍPIOS DO AGRESTE DE PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador:

Prof. Dr. André Monteiro Costa

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S729a Souza, Maria Aparecida de.

Análise da implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil/ Maria Aparecida de Souza. — Recife: M. A. Souza, 2008.

201 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: André Monteiro Costa.

1. Programa Saúde da Família. 2. Avaliação em Saúde. 3. Atenção à Saúde. 4. Estudos de Avaliação. 5. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Costa, André Monteiro. II. Título.

CDU 614.39

MARIA APARECIDA DE SOUZA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
DOIS MUNICÍPIOS DO AGRESTE DE PERNAMBUCO, BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Saúde Pública do Centro de Pesquisa
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Monteiro Costa
Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ

Profa. Dra. Isabella Chagas Samico
Instituto Materno Infantil de Pernambuco /IMIP

À minha mãe Celina, ao meu amor Luiz, aos meus irmãos Cônia, Dapaz, Graça,
Tázio, Protázio, às minhas irmãs de coração Dila e Flora, aos amigos
pelo carinho e compreensão em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Ana Cláudia Figueiró, que me mostrou o caminho a seguir.

À Dr. Vieira pela sensibilidade, estímulo e ajuda sempre que precisei do seu profundo conhecimento.

A Socorrinho e Flora Raquel pela ajuda inestimável, na criação da ferramenta on-line e na revisão do texto.

Aos meus companheiros de trabalho, pelo apoio e compreensão.

Ao meu orientador André Monteiro – pela orientação precisa e pela confiança em todos os momentos.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), professores e funcionários, por me permitirem realizar um sonho.

Aos meus companheiros do Mestrado 2006, especialmente Paulo e Rossana.

Aos membros da banca de qualificação, Kátia Feliciano e Rejane Ferreira, pelas sugestões manifestadas.

Aos membros da banca de defesa: Paulette Cavalcanti, Isabella Samico, Ronice Sá e Rejane Ferreira pelo apoio e disponibilidade.

SOUZA, Maria Aparecida de. *Análise da implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

O presente estudo está voltado para a avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e para a análise do contexto desta intervenção em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil. Foi realizado um estudo do tipo avaliativo, ao qual incorporou-se um componente normativo. A análise de implantação procurou definir a influência dos determinantes contextuais sobre o grau de implantação da ESF, em duas cidades, uma habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica e outra na Gestão Plena do Sistema Municipal. Na concepção do desenho do estudo, adotou-se o quadro conceitual proposto por Contandriopoulos e colaboradores, que busca priorizar a reflexão sobre implantação de programas. Para a compreensão do contexto local, a análise foi ancorada no “triângulo de governo” de Matus. As técnicas utilizadas foram a entrevista e a análise documental. As categorias de análise adotadas para determinação do grau de implantação foram infra-estrutura e processo de trabalho e serviços, e para a análise do contexto: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. O grau de implantação alcançado pela ESF nos dois municípios foi classificado como insatisfatório de acordo com o sistema de escores empregado. Os resultados apontaram que apesar dos avanços representados pela implantação ESF na reorganização da atenção básica local, os municípios avaliados não estão utilizando plenamente o potencial deste programa como indutor de mudança do modelo assistencial. Constatou-se que as atividades características do modelo assistencial baseado na concepção de vigilância em saúde (promoção da saúde e prevenção da doença) estão sendo desenvolvidas de forma incipiente pelas equipes de Saúde da Família, que continuam privilegiando a cultura do modelo biomédico, no qual a abordagem individual assume papel relevante e constitui o eixo central da maioria das atividades executadas. A análise do contexto chamou a atenção para a baixa capacidade dos municípios em modificar esta situação, representada pela inadequação e insuficiência dos quadros técnicos, incipiência de iniciativas intersetoriais, inexistência de uma burocracia no sentido weberiano e baixa utilização de instrumentos de planejamento e avaliação, indicadores considerados essenciais para a modificação do modelo assistencial pela gestão municipal.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Avaliação em Saúde. Estudos de Avaliação. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

SOUZA, Maria Aparecida de. *Analysis of the implementation of the Family Health Strategy in two municipalities in the Agreste region of Pernambuco, Brazil*. 2007. Dissertation (Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

This study is directed towards an evaluation of the degree of implementation of the Family Health Strategy (FHS), as well as to an analysis of the context of this intervention, in two municipalities in the Agreste region of Pernambuco, Brazil. An evaluative study was done, in which a normative component was incorporated. The implementation analysis sought to define the influence of the contextual determinants on the FHS, in two cities, one qualified in the Full Management of the Basic Attention and another in the Full Management of the Municipal System. During the elaboration of the design of the study, the conceptual framework proposed by Contandriopoulos and collaborators, which seeks to prioritize the reflection on the implementation of programs. In order to comprehend the local context, the analysis was anchored on the “government triangle” of Matus. The techniques used were interviews and the analysis of documents. The categories of analysis used to determine the degree of implementation were infra-structure and work process and services processes, and for the analysis of the context: the government project, the capacity of the government and the ability to govern. The degree of implementation achieved by the FHS in the two municipalities was classified as unsatisfactory according to the score system used. The results showed that in spite of the advances represented by the FHS implementation in the reorganization of the local basic attention, the evaluated municipalities are not taking full advantage of the potential of this program, as an instigator of change in the assistance model. It was verified that the characteristic activities of the assistance model, based on the concept of vigilance in health (promotion of health and prevention of illnesses) are being developed in an incipient way by the Family health teams, which continue to give evidence to the culture of the biomedical model, where the individual approach takes on a relevant role and constitutes the main axis in the majority of the activities executed. The context analysis called attention to the low capacity of the municipalities to change this situation, represented by inadequate and insufficient technical personnel, incipience of intersection initiatives, the inexistence of a bureaucracy in the weberian sense and the low use of planning and evaluation instruments, indicators considered essential to modify the assistance model used by the municipal administration.

Key words: Family Health Program. Health Evaluation. Evaluation Studies. Program Evaluation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	16
2.1 Políticas Públicas de Saúde	16
2.2 O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.	18
2.3 A Estratégia Saúde da Família como política de reestruturação da Atenção Básica	22
3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE.	28
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.	31
4.1 Desenho do Estudo	31
4.2 Área do Estudo	34
4.3 Unidade de Análise	38
4.4 Sujeitos da Pesquisa	39
4.5 Instrumentos de Coleta e Fonte de Dados	41
4.6 Modelo Teórico	43
4.7 Categorias de Análise	48
4.8 Análise e tratamento dos dados	49
4.8.1 <i>Plano de Análise do Grau de Implantação da Estratégia Saúde da Família</i>	49
4.8.2 <i>Plano de Análise da Avaliação do Contexto Político-Institucional</i>	51
5 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	56
5.1 Grau de implantação do componente estrutura	56
5.2 Grau de implantação do componente organização e práticas do serviço.	60
5.3 Grau de implantação do componente atenção à saúde	62
5.4 Resultado do Grau de implantação da Estratégia Saúde da Família nos municípios de Riacho das Almas e Sairé	77
6 RESULTADO DA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL	81
6.1 Resultado da análise do contexto político-institucional de Riacho das Almas	82
6.1.1 <i>Categoria Projeto de Governo</i>	84
6.1.1.1 <u>Subcategoria saúde como prioridade de governo</u>	84
6.1.1.2 <u>Subcategoria Financiamento da Saúde</u>	87
6.1.1.3 <u>Subcategoria iniciativas intersetoriais</u>	89

6.1.2 <i>Categoria Capacidade de Governo</i>	90
6.1.2.1 <u>Subcategoria perfil do Gestor Municipal</u>	91
6.1.2.2 <u>Subcategoria adequação dos quadros técnicos.</u>	91
6.1.2.3 <u>Subcategoria planejamento e avaliação</u>	95
6.1.2.4 <u>Subcategoria adequação da oferta de serviços às necessidades da população</u>	96
6.1.2.5 <u>Subcategoria modalidade de gestão</u>	99
6.1.3 <i>Categoria Governabilidade.</i>	100
6.1.3.1 <u>Subcategoria base de apoio político</u>	100
6.1.3.2 <u>Subcategoria autonomia financeira</u>	102
6.1.3.3 <u>Subcategoria Controle Social</u>	104
6.1.3.4 <u>Subcategoria capacidade de articulação do Gestor Municipal</u>	106
6.1.4 <i>A influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em Riacho das Almas</i>	107
6.2 Resultado da análise do contexto político-institucional de Sairé	110
6.2.1 <i>Categoria Projeto de Governo</i>	112
6.2.1.1 <u>Subcategoria Saúde como prioridade de governo</u>	112
6.2.1.2 <u>Subcategoria financiamento da saúde</u>	114
6.2.1.3 <u>Subcategoria Iniciativas Intersetoriais</u>	115
6.2.2. <i>Categoria Capacidade de Governo</i>	116
6.2.2.1 <u>Subcategoria perfil do Gestor Municipal</u>	117
6.2.2.2 <u>Subcategoria adequação dos quadros técnicos</u>	117
6.2.2.3 <u>Subcategoria planejamento e avaliação</u>	120
6.2.2.4 <u>Subcategoria adequação da oferta de serviços às necessidades da população</u>	121
6.2.2.5 <u>Subcategoria modalidade de gestão</u>	124
6.2.3 <i>Categoria Governabilidade</i>	125
6.2.3.1 <u>Subcategoria base de apoio político</u>	126
6.2.3.2 <u>Subcategoria autonomia financeira</u>	126
6.2.3.3 <u>Subcategoria Controle Social</u>	127
6.2.3.4 <u>Subcategoria capacidade de articulação do gestor municipal</u>	129
6.2.4 <i>A influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família</i>	130
7 DISCUSSÃO	133
7.1 O grau de implantação da Estratégia Saúde da Família	134

7.2 O contexto político-institucional	139
7.3 A influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família	146
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	150
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICES	169

1 INTRODUÇÃO

A motivação que me levou a desenvolver a pesquisa na área de avaliação remonta a uma inquietação que sempre me acompanhou desde que ingressei na saúde pública, como técnica da área de planejamento. Incomodava-me ver como todo o processo de gestão caminhava ao largo de premissas básicas como planejamento, avaliação e monitoramento, necessárias para imprimir racionalidade nas intervenções de gestão do setor saúde.

Considerando que contribuir de alguma forma para a melhoria do serviço Público de Saúde foi um desejo que me acompanhou desde o início de minha formação como sanitarista, busquei desde cedo, conhecimentos que pudessem instrumentalizar a concretização deste objetivo, o que significava ter de conhecer mais sobre a política de saúde, seu desenvolvimento e a perspectiva histórica da gestão da saúde pública no Brasil.

Compreender o contexto que envolve as gestões municipais de saúde, expresso pela capacidade de governo, também foi motivação para as questões que me têm inquietado.

De um modo geral os serviços de saúde se caracterizavam por um processo de trabalho baseado fundamentalmente na resolução dos problemas do cotidiano, o que dificultava a compreensão sobre os resultados alcançados. Não se trabalhava de forma sistematizada o propósito da atividade pública de saúde, a motivação dos atores, a necessidade dos usuários, o campo de atuação da gestão e a sua contribuição social. Um serviço público de saúde de qualidade era visto como um desafio ousado, se não, um sonho impossível de ser realizado.

Este cenário resultou do processo histórico de construção do sistema de saúde brasileiro, que privilegiou um modelo de assistência caracterizado pela centralização no nível federal, desigualdade no acesso, dicotomia entre ações curativas e preventivas, concentração de recursos nas atividades médico-hospitalares e incorporação de procedimentos de alta tecnologia, que não atingia as regiões e os grupos sociais mais pobres, gerando um alto grau de insatisfação tanto para os usuários quanto para os gestores e profissionais de saúde (BARROS, 1997; BRASIL, 2000; SOUZA, 2000a).

Para se confrontar a este sistema caracterizado pela ineficiência, desqualificação profissional e por iniquidades sociais, cresceu no país um movimento em defesa de reformas profundas do sistema em vigor, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

De acordo com Cunha (2001), a criação do SUS foi influenciada por diversos aspectos, entre eles destacaram-se: o acirramento da crise financeira da saúde provocada pela

privatização da assistência médica; o contexto internacional, a exemplo da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a partir da qual a discussão sobre os cuidados primários em saúde passou a ser um compromisso dos países participantes, entre os quais estava o Brasil; o movimento sanitário, contra-hegemônico, que na segunda metade da década de 70 participou do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde vigente, resultando no projeto de Reforma Sanitária; a redemocratização do país na década de 80 que instalou uma nova conjuntura política e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com ampla representação de trabalhadores de saúde, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde, que representou um marco na formulação das propostas de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira.

Nos anos 90, o processo de aprofundamento da crise econômica e fiscal do país golpeou profundamente o sistema público de saúde, levando o Governo Federal a implementar um conjunto de ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, objetivando consolidar o SUS. É nesse contexto, marcado pelos ajustes macroeconômicos introduzidos no país, que é implantado o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (REIS; HORTALE, 2004).

Dentre as ações programáticas instituídas de forma verticalizada pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família destacou-se como o mais bem sucedido dos programas propostos pelo Governo Federal, especialmente por características como a adscrição de famílias e a definição da responsabilidade territorial, o que contribuiu para o estabelecimento de vínculos entre os serviços, os profissionais e a comunidade (BRASIL, 1998).

Neste contexto, o presente estudo se volta para a avaliação de programas de saúde, considerando que este se constitui numa poderosa ferramenta para subsidiar a tomada de decisões por parte da gestão (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A possibilidade de não se restringir à avaliação apenas de ações, podendo avançar para avaliação de programas, foi fundamental para a escolha da avaliação da Estratégia Saúde da Família, no seu contexto e grau de implantação, como objeto desta pesquisa.

A implantação da ESF por si só não garante a substituição do modelo assistencial hegemônico presente na rede de serviços da atenção básica tradicional, uma vez que os fatores de ordem econômica, política, ideológica e social interferem no desempenho da intervenção em nível municipal seja contribuindo ou obstaculizando o processo (FLEURY, 1992; MULLER NETO, 1992).

Diversos estudos têm procurado compreender como a Estratégia Saúde da Família se comporta ao receber a influência dos variados aspectos que compõem o locus de sua

implantação, explorando temas como integralidade, equidade, acesso, qualidade, e análise de implantação (AZEVEDO, 2007; CAVALCANTE, 2004; CAZELLI, 2003; CONILL, 2002; COPQUE; TRAD, 2005; DIMENSTEIN, 2003; FELISBERTO et al., 2002; FERREIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; LOURENÇÃO; SOLER, 2004; MACINKO et al., 2006; PINHEIRO, 2001; SÁ, 2003; SENNA, 2002; SENNA; COHEN, 2002; SERRA, 2003; VIANA; POZ, 2005, VIEIRA-DA-SILVA et al., 2002).

A necessidade de desenvolver novos trabalhos foi apontada por vários destes estudiosos da Estratégia Saúde da Família, especialmente pela possibilidade de auxiliar os gestores que, frequentemente, ao assumirem a gestão de sistemas de saúde, não dispõem de ferramentas que lhes permitam avaliar o desempenho dos serviços, corrigirem os rumos e/ou adotar medidas mais adequadas.

Essa motivação me levou a ter acesso à pesquisa avaliativa, a qual dispõe de caminhos para avaliação em saúde a partir de experiências concretas, possibilitando realizar um julgamento de valor sobre determinada intervenção. Neste caso, a escolha da Estratégia Saúde da Família permitiu a concretização da avaliação aqui proposta.

Avaliar, como será discutido com mais profundidade no capítulo três, é julgar, atribuir valor. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família, como política eleita para transformar o modelo de atenção à saúde, traz em seu bojo grandes desafios, entre os quais: a mudança da lógica da assistência à saúde através da superação da hierarquia existente entre o profissional de saúde e o paciente, o rompimento da visão fragmentada do usuário, a superação do caráter assistencialista/curativo da saúde, a utilização do espaço da Saúde da Família como um lugar privilegiado para a promoção da cidadania e a prática da intersetorialidade entre as diversas políticas públicas.

Dentro do Sistema Único de Saúde, as mudanças no modelo assistencial decorrentes da implantação da ESF estão provocando alterações tanto na forma de organização dos serviços e práticas assistenciais em nível local, quanto nas modalidades de alocação de recursos e remuneração das ações de saúde. Desta forma, o PSF foi alçado à condição de estratégia pelo Ministério da Saúde, forma pela qual passou a ser denominado, sendo responsável pela reformulação do modelo de atenção à saúde e pela consolidação do processo de descentralização (BRASIL, 2006a; PAIM, 1999).

Considerando o conceito ampliado do processo saúde-doença, que envolve como determinantes os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e biológicos, a Estratégia Saúde da Família propõe um processo de trabalho diferenciado, caracterizado pelo desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude, exigindo formas diferenciadas de

abordagem da família, dos indivíduos e da comunidade, bem como uma atuação integrada dos diversos setores da gestão pública municipal.

Dentre os percursos possíveis de serem trilhados para atender ao propósito de avaliar a Estratégia Saúde da Família existiam várias possibilidades. A compreensão sobre como os determinantes contextuais influenciaram o grau de implantação da estratégia, foi algo que me motivou. Analisar como os municípios organizaram as unidades de saúde da família, a prática sanitária e a capacidade da gestão para prover as pessoas de atenção integral de saúde¹, é a essência dessa motivação.

Sua relevância baseia-se na possibilidade de avaliar a ESF em cidades de pequeno porte, apreender diferenciais que expressem a influência do contexto no grau de implantação e gerar conhecimentos que possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção básica e para a tomada de decisão por parte dos gestores municipais.

Independentemente do porte das cidades nas quais a ESF esteja implantada, as relações entre os componentes de cada segmento de governo, a estruturação do programa e o processo de trabalho das equipes são elementos, por si só, complexos e variados, o que aponta para a necessidade de estudos que permitam considerar as modalidades de implantação nos diferentes contextos e os mecanismos intervenientes associados a esta implantação. Ademais, poucos estudos têm se preocupado em investigar as relações entre a implementação desta intervenção e a adoção de novas formas de organização e práticas do serviço (HARTZ et al., 1997; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2002).

Nesse sentido, Contandriopoulos (1997), Hartz; Pouvourville (1998) e Matilda; Camacho (2004) referem que a avaliação é um instrumento extremamente valioso, não só pela possibilidade de explicar os elementos que intervêm na prática dos serviços de saúde e nos problemas, mas especialmente como instrumento de gestão, para a tomada de decisão.

Inicialmente a preocupação maior dos gestores de saúde havia sido com a implementação da intervenção e muito pouco com a sua avaliação. Embora recentemente o Ministério da Saúde através do componente de monitoramento e avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, PROESF, tenha realizado um grande esforço para avaliar o impacto do PSF, estes estudos não incluíram as cidades de menor porte, uma vez que o projeto foi destinado aos municípios acima de 100 mil habitantes (BODSTEIN et al., 2006).

¹ Atenção integral de saúde é a ampliação da atenção centrada no ato médico curativo, através da adoção da combinação de três tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das doenças e acidentes e a atenção curativa, proporcionando uma atuação integral sobre as diferentes dimensões do processo saúde-doença. (MENDES, 1998).

Nessa perspectiva, a importância desta dissertação está na necessidade de se ampliar os estudos sobre avaliação de implantação da Estratégia Saúde da Família, de forma a apreender diferenciais que expressem a influência do contexto no seu grau de implantação. Considere-se, ainda, que o conhecimento obtido pela pesquisa será colocado à disposição dos gestores municipais, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da atenção básica prestada nos municípios sob sua gestão.

Considerando que o presente estudo deverá se voltar para avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família e para análise do contexto desta intervenção, foram definidas as perguntas condutoras apresentadas a seguir:

Qual o grau de implantação alcançado pela Estratégia Saúde da Família nos municípios de Riacho das Almas e Sairé?

Quais elementos contextuais influenciaram o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família nestes dois municípios?

A resposta a essas questões requer a investigação da implantação da Estratégia Saúde da Família em diferentes contextos.

Diante do grande desafio que é a implantação das mudanças estruturais propostas pela Estratégia Saúde da Família, às quais envolvem o desenvolvimento de ações intersetoriais e o uso de novas tecnologias do conhecimento, uma hipótese que permeou este trabalho, foi a de que, entre os dois municípios analisados, Riacho das Almas, por ser um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deveria se aproximar mais do modelo teórico proposto, uma vez que teria mais robustez no que se refere à captação de recursos financeiros, infra-estrutura técnico-operacional e capacidade de gestão.

Visando contribuir para o esclarecimento das questões acima mencionadas, foi realizado um estudo de casos, cujo objetivo central foi analisar a implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil, estudando os processos locais de transformação do modelo de atenção a partir desta intervenção. Dessa forma, buscou-se delinear o contexto no qual esta estratégia se desenvolveu e os seus conteúdos, identificando os elementos facilitadores e restritivos à sua implementação.

Especificamente, objetivou-se descrever o modelo lógico da intervenção, estimar o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família nos municípios selecionados, analisar os elementos contextuais que possam interferir no grau de implantação encontrado, através da apreensão do discurso dos diversos atores sociais selecionados e relacionar o grau de implantação da intervenção com a capacidade de gestão, definida a partir dos determinantes contextuais analisados.

Em busca de tais objetivos e visando estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do texto, este trabalho foi estruturado da seguinte forma:

No segundo capítulo, apresenta-se a compreensão sobre o processo das políticas públicas, aborda-se o processo de descentralização da saúde no Brasil, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde e discorre-se sobre a adoção da Estratégia Saúde da Família como política pública.

No capítulo três, estão discriminados os procedimentos metodológicos. Apresenta-se o arcabouço teórico da proposta adotada neste estudo para a análise da implantação da ESF, destacando a adoção do quadro conceitual proposto por Contandriopoulos et al. (1997) e apresentado por Hartz et al. (1997), que busca priorizar a reflexão sobre implantação de programas, para a concepção do desenho do estudo. Estes autores apresentam uma abordagem criativa para a superação da avaliação denominada “caixa preta”, ou seja, aquela que ignora o contexto e os passos intermediários no alcance de produtos e resultados.

Discorre-se sobre a pesquisa avaliativa, desenvolvida para determinação da influência do contexto na implantação da Estratégia Saúde da Família, que envolveu as categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade, abordadas a partir do referencial teórico desenvolvido por Matus (1996) e Denis e Champagne (1997). Neste capítulo discorre-se ainda sobre o outro componente da pesquisa, a avaliação normativa, em seus componentes estrutura e processo. Para análise do componente normativo adotou-se como referência conceitual o modelo proposto por Donabedian (1980).

O capítulo quatro apresenta o resultado da avaliação normativa que estimou o grau de implantação alcançado pela Estratégia Saúde da Família nos municípios selecionados para a pesquisa, sendo em seguida apresentados, no quinto capítulo, os resultados da análise do contexto político-institucional nos municípios selecionados a partir da avaliação das categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. No capítulo seis é apresentada a influência do contexto político-institucional sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família.

No capítulo sete são apresentadas as discussões relativas aos resultados da análise da implantação da Estratégia Saúde da Família nos municípios selecionados, momento no qual são feitos diálogos reflexivos entre as diferentes fontes mencionadas no referencial teórico.

Por fim, no último capítulo, apresentam-se as conclusões do trabalho e algumas recomendações que podem contribuir para a tomada de decisão por parte do gestor, considerando que o processo de avaliação permite apontar caminhos para o ajuste da Estratégia Saúde da Família.

2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

2.2 Políticas Públicas de Saúde

As políticas públicas, segundo Lucchese (2004), podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. São os atos que o governo faz em áreas estratégicas e os efeitos que tais ações ou a ausência destas provocam na sociedade.

Mais que uma decisão política, as políticas públicas envolvem ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Elas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente (LOBO, 1998).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Desde a Constituição Federal de 1988, a qual determinou que a saúde é direito de todos e dever do Estado, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação social, na organização de um sistema único de saúde no território nacional (BRASIL, 2003a).

Embora o texto constitucional seja bastante claro, a realidade mostra que parte significativa dos cidadãos brasileiros continua sem garantia de acesso às ações de saúde necessárias para a resolução de seus problemas, ou enfrenta barreiras importantes ao acesso. As ações e serviços continuam, em grande parte, sendo planejados e programados sem considerar as necessidades de saúde da população e o perfil sanitário local. Os recursos que estão sendo mobilizados para o enfrentamento dos problemas de saúde são insuficientes e nem sempre são utilizados da forma mais adequada (MENDES, 1996).

Estas questões, de difícil resolução pela variedade de fatores que influenciam direta ou indiretamente as políticas de saúde, não podem deixar de preocupar permanentemente os gestores do SUS, no processo de organização dos sistemas de saúde, sejam eles federal, estaduais ou municipais. A transformação qualitativa dos processos de gestão é importante não apenas para a efetividade da política de saúde, mas também para o alcance de objetivos mais amplos orientados ao desenvolvimento social, tais como os de reduzir as enormes desigualdades sociais e de saúde, fortalecer o exercício ético da gestão governamental, estabelecer parcerias intersetoriais para a produção de iniciativas que produzam impacto sobre as condições de saúde da população e estimular a participação dos diversos atores sociais para uma atuação consistente nos processos de definição e avaliação da agenda de prioridades governamentais.

A partir da Constituição Federal de 1988, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade. Com as mudanças introduzidas as decisões relativas à saúde pública passaram a envolver novos atores, impondo modificações significativas na formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório (CAMPOS, 1997).

Nesta perspectiva, as Conferências e os Conselhos Municipais de Saúde foram instituídos em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Fortaleceram-se os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores de saúde nos estados e municípios, o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em cada estado (BRASIL, 2000a).

As mudanças ocorridas no campo da saúde intensificaram o processo de descentralização e consolidaram a ampliação dos canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas e da ação governamental. Esta realidade trouxe para a ordem do dia o desafio de garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na descentralização da saúde que possam contemplar a heterogeneidade de problemas regionais e a diversidade cultural do país, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do Sistema Único de Saúde (BARROS, 1997).

Outro grande desafio que se apresenta é a mudança de postura dos gestores, usuários e trabalhadores na responsabilização pelo acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais.

Esta nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, bem como entre os distintos níveis de governo, federal, estadual e municipal, cabendo aos gestores de saúde papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

2.3 O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

O primeiro modelo sanitário do Brasil foi implantado com o propósito de erradicar as epidemias nas grandes cidades, sob a chancela de Oswaldo Cruz. Este modelo de intervenção, conhecido como campanhista, concebido dentro de uma visão militar tornou-se hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva. Mais tarde, este modelo incorporou a educação sanitária, inovando o modelo campanhista que era puramente fiscal e policial. Segundo Mendes (1998), o modelo do sanitarismo campanhista predominou até o início dos anos 60.

A partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial e com conseqüentes aceleração da urbanização que viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegia abertamente a contratação de serviços de terceiros (POSSAS, 1981). Em busca de apoio e sustentação social, o regime militar procurou atuar através da formulação de algumas políticas sociais e, para isso, se utilizou do sistema previdenciário procurando garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, desmembrado do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, sem que isto significasse uma nova postura do governo ou uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

Em 1967, foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que sob a ótica absolutamente privatizante deste período, criaria as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, que viria a se consolidar nos anos seguintes. Devido às particularidades deste sistema foi criada uma estrutura própria para gerenciá-lo, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que oficializou a dicotomia na área da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Nessa época o Ministério da Previdência contava com a maior parte dos recursos, numa clara opção pela medicina curativa.

Em 1978, acatando recomendações da Conferência de Alma-Ata², a Secretaria de Planejamento da Presidência da República iniciou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Coordenado por técnicos provenientes do movimento sanitário, o PIASS foi estendido a todo o território nacional, especialmente ao Nordeste, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

Em meados da década de 70, a crise do modelo econômico brasileiro, diminuiu o ritmo de crescimento. A idéia de que era preciso fazer crescer a economia para depois redistribuir a renda não se confirmaria no plano social e o país apresentaria um dos maiores índices de concentração de renda em nível mundial. A população empobrecida passou a conviver com o desemprego e suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. Essa crise se estendeu ao modelo de saúde previdenciário, exaurido pelo constante crescimento dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente. Esse modelo se mostrou incapaz de atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluída do sistema.

O fim do regime militar coincidiu com o fortalecimento do movimento sanitário, que realizou uma grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que lançaria as bases da reforma sanitária brasileira.

Em 1988, a Constituição Federal define o Sistema Único de Saúde de Saúde, como a política pública para a saúde no Brasil. O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as

² Os países participantes da Conferência de Alma-Ata assumiram o compromisso de adotar a atenção primária e a participação comunitária como estratégia para a conquista da meta "Saúde para todos no ano 2000" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com a saúde coletiva (BRASIL, 2003a).

O sistema de saúde vigente sofreu mudanças significativas na sua concepção com a adoção do Sistema Único de Saúde (SUS) como a política pública de saúde brasileira, assegurando a adoção de princípios como a universalização para as ações de saúde, a municipalização como estratégia de descentralização e um novo formato de organização para os serviços, sob a lógica da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada para o sistema de saúde.

Foi idealizado um sistema nacional de saúde pública, que destacava o papel do gestor municipal e criava novas formas de gestão, que trazia para a agenda da saúde novos atores, tais como prestadores de serviços, trabalhadores e usuários.

A implementação do Sistema único de Saúde ocorreu num contexto bastante vulnerável, em um período de turbulência da política econômica, com reflexos negativos no financiamento do setor saúde. Some-se a isso o quadro de transição epidemiológica em que persistiam os padrões relacionados às doenças infecto-contagiosas, elevavam-se as chamadas crônico-degenerativas e pioravam os indicadores de mortalidade por causas externas.

Apesar deste cenário, a reorganização das práticas de atenção à Saúde no Brasil, a partir das diretrizes inscritas na Constituição Federal, continuou avançando, tendo na descentralização da gestão da saúde o seu motor propulsor (PAIM, 1999). A descentralização foi implementada pela publicação da Norma Operacional Básica 93, NOB 01/93 e da Norma Operacional Básica 96, NOB 01/96, que funcionariam como instrumento regulador do processo.

A NOB-SUS 01/96 revogou os modelos anteriores de gestão (incipiente, parcial e semiplena) definidos pela Norma Operacional Básica 93, NOB 93 e propôs que os municípios se enquadrassem em dois novos modelos: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. É fundamental destacar que uma das alterações mais importantes introduzidas pela NOB 96 referia-se à forma de repasse dos recursos financeiros da atenção básica do governo federal para os municípios, o qual passou a ser feito baseado em um valor fixo per capita, o Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1997). A NOB-SUS 01/96 foi responsável pela institucionalização da Estratégia Saúde da Família e ao estabelecer o pagamento por equipe/cobertura consequentemente estimulou o crescimento vertiginoso do programa.

As normas operacionais representaram um avanço importante no modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere à descentralização e consolidação da

municipalização porque aumentaram a viabilidade da organização setorial no nível local, à medida que asseguraram o repasse fundo a fundo e ampliaram a transferência de responsabilidades federais e estaduais para os municípios que optaram pela gestão plena (BRASIL, 1977).

Em que pesem os avanços alcançados, problemas como a baixa qualidade da atenção básica, a permanência dos indicadores de saúde em níveis indesejados, a não garantia de acesso à rede de saúde, a incipiente referência e contra-referência, a fragilidade das redes regionais/estaduais e o insuficiente monitoramento de desempenho levaram o Ministério da Saúde a publicar a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) (BRASIL, 2001a).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001, reeditada em 2002, propôs a regionalização da assistência à saúde como uma macro estratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados, com populações definidas e mecanismos que garantam o acesso dos usuários aos serviços de saúde aos diversos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2001a, 2002a).

Esta norma reforça a Estratégia Saúde da Família como instrumento de ampliação e qualificação da atenção básica, a ser utilizado pelos municípios para ofertar ações em qualidade e suficiência às suas populações.

Como parte do processo de consolidação do SUS foi construído um Pacto pela Saúde, em 2006, envolvendo os três níveis de governo e as entidades representativas de trabalhadores e usuários. A proposta é que a partir da sua assinatura, os gestores assumam o compromisso de cumprir o conjunto de responsabilidades que compõe o Pacto pela Saúde, que privilegia a ênfase nas necessidades de saúde da população, o compromisso sanitário e a responsabilidade pública.

O Pacto pela Saúde está composto por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b). O Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal, reafirma mais uma vez o papel da Estratégia Saúde da Família como indutor do novo modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do Sistema único de Saúde.

2.4 A Estratégia Saúde da Família como política de reestruturação da Atenção Básica

A atenção básica assumiu papel de destaque no processo de descentralização do setor saúde, quando lhe foi reservada a responsabilidade pela implementação de um modelo de atenção à saúde destinado a alcançar os grupos sociais até então distantes ou excluídos do sistema, acenando para a concretização de princípios caros ao SUS, como a universalidade e a equidade.

Tomando-se como referencial a conceituação proposta pelo Ministério da Saúde, atenção básica será compreendida como:

Um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2003b, p. 18).

Dentre os tipos de intervenções implantadas na tentativa de promover ajustes no SUS, o PSF foi alçado à condição de política pública de reestruturação da atenção básica pelo Governo Federal, com a clara intenção de induzir a mudança do modelo de atenção vigente (BODSTEIN, 2002). Nasceu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades (FRANCO; MERHY, 2004).

A Estratégia Saúde da Família passou a ser vista como intervenção capaz de viabilizar o estabelecimento de vínculos estreitos entre serviço e comunidade, criando laços de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, propondo a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e reorganização da prática assistencial em novas bases. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o principal objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma área geográfica adscrita, o espaço de atuação da Estratégia Saúde da Família é um lugar privilegiado, onde se constroem relações entre indivíduos e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Essa complexa teia social possibilita ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, amplia as possibilidades de desencadear intervenções que causem maior impacto e significado social (BRASIL, 1988).

Ao contrário do modelo assistencial tradicional, centrado na doença e no hospital, a Estratégia Saúde da família prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. As equipes atuam prioritariamente em áreas periféricas ou desassistidas, onde as pessoas estão expostas a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso aos serviços formais de saúde (BRASIL, 2000a).

A organização do trabalho desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família prevê o acompanhamento da população adscrita pelas equipes de saúde, que são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um dentista e auxiliares, que desenvolvem ações de diagnóstico precoce das doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo inclusive a identificação das causas que acarretem riscos à saúde da população (BRASIL, 2000b, 2001, 2002, 2003b).

Esse processo de trabalho, centrado fortemente no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, implica na necessidade de articulação intersetorial para viabilizar a intervenção sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Na concepção do programa, a equipe de saúde e a população assistida criam vínculos de co-responsabilidade, o que permite o acompanhamento sistemático dos indivíduos e das famílias por parte dos profissionais e o progressivo envolvimento da comunidade com as atividades inerentes ao controle social.

Além das atividades de acompanhamento e assistência, os profissionais atuam na comunidade, reconhecendo os recursos e utilizando os espaços sociais disponíveis, difundindo informações sobre as causas que acarretam riscos à saúde da população e promovendo ações que contribuem para mudança do padrão sanitário, responsáveis pela ocorrência e distribuição de agravos na população. Essas características aumentam as possibilidades dos profissionais que trabalham nesse programa em dar uma importante contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população assistida, e a partir da troca e construção de conhecimento permitir que as pessoas aumentem a capacidade de cuidar melhor de sua saúde.

Devido à condição de programa estratégico, o Ministério da Saúde vem empenhando esforços no sentido de fornecer suporte técnico e de gestão para a execução das ações previstas (BODSTEIN, 2002).

Dessa forma, apesar do desenvolvimento de outras experiências na área da atenção básica, como o Programa Médico da Família no município de Niterói (PAIM, 1996), nenhuma conseguiu alcançar resultados tão significativos quanto a Estratégia Saúde da

Família, o que vem provocando alterações tanto na forma de organização dos serviços quanto na melhoria dos indicadores de saúde da população, com destaque para a redução da mortalidade infantil (MANCINKO et al., 2006).

Para garantir a consolidação do processo de mudança do modelo assistencial vigente a partir da Estratégia Saúde da Família, foram idealizadas pelo Ministério da Saúde, políticas de reorientação da gestão, organização dos serviços e financiamento do sistema (TEIXEIRA, 2002).

O Gráfico 1 que apresenta a evolução do repasse de recursos financeiros do Governo Federal para os municípios, demonstra o êxito do processo de implementação da ESF como instrumento de redistribuição de recursos financeiros.

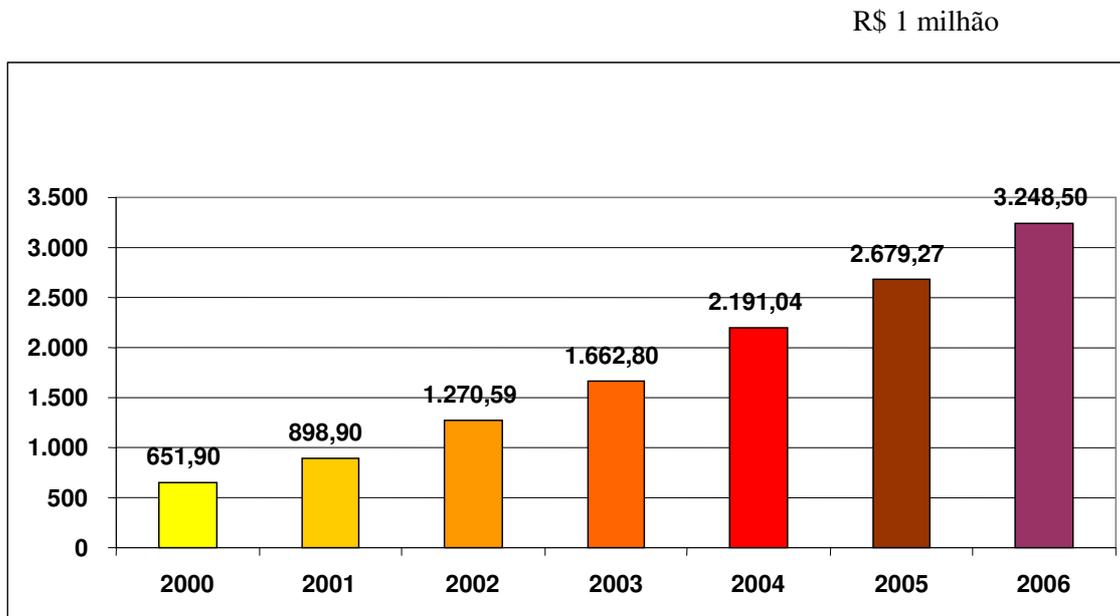
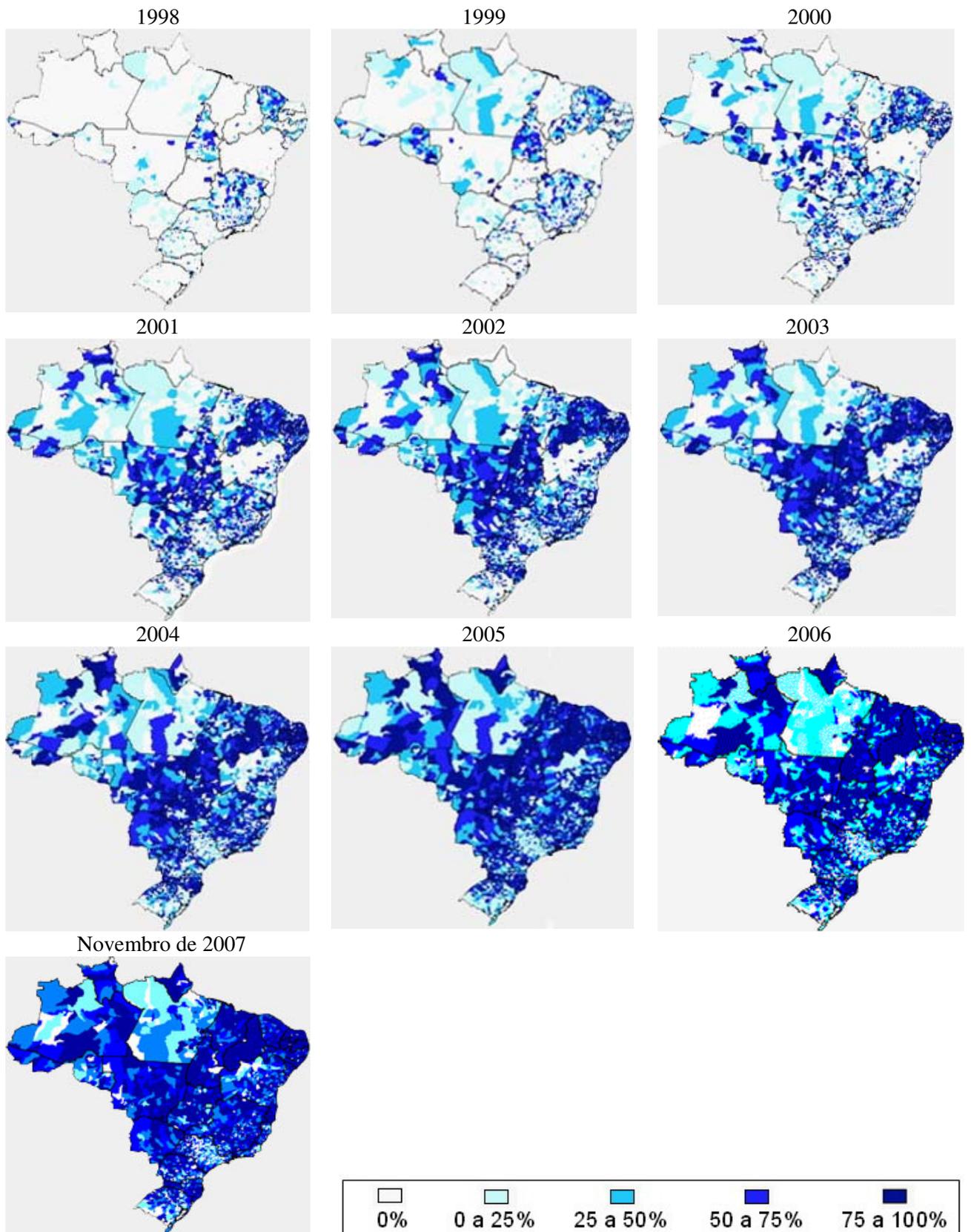


Gráfico 1 – Evolução do Repasse Federal de Recursos Financeiros para a Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2000 – 2006.

Fonte: Brasil (2007).

A redistribuição de recursos financeiros pelo governo federal gerou uma conseqüente ampliação na oferta de serviços. A Estratégia Saúde da Família vem sendo aprimorada e estendida a todo o país, conforme demonstrado na evolução da implantação das equipes de Saúde da Família apresentada no Mapa 1 (BRASIL, 2007a).



Mapa 1- Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família, Brasil, 1998 -2007.
 Fonte: Brasil (2007a).

É a partir de 1998, com a edição da NOB-SUS 01/96, que o Programa Saúde da Família se consolida como estratégia estruturadora de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações pautadas nos princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer e morrer (BRASIL, 2003c).

Em 2006, a Estratégia Saúde da Família, cuja evolução está apresentada na Tabela 1, a seguir, já estava presente em 5.106 municípios brasileiros, representando 92% do total de municípios (BRASIL, 2007a).

Tabela 1 - Evolução Física e Financeira da Estratégia Saúde da Família, 2003 – 2006.

Estratégia Saúde da Família	2003	2004	2005	2006
Equipes de Saúde da Família				
Total de equipes implantadas	19.000	21.300	24.600	26.729
Total de municípios contemplados	4.400	4.600	4.986	5.106
Cobertura Populacional	35,7%	39,0%	44,4%	46,2%
Nº. de pessoas assistidas (em milhões)	62,3	69,1	78,6	85,7
Equipes de Saúde Bucal				
Total de equipes implantadas	6.200	8.900	12.600	15.086
Total de municípios contemplados	2.800	3.200	3.900	4.285
Cobertura Populacional	20,5%	26,6%	34,9%	39,8%
Nº. de pessoas assistidas (em milhões)	35,8	47	61,8	74,9
Agentes Comunitários de Saúde				
Total de Agentes Comunitários de Saúde	184.300	192.700	208.000	219.492
Total de municípios com Agentes de Saúde	5.100	5.100	5.200	5.309
Cobertura Populacional	54%	55,5%	58,4%	59,1%
Nº. de pessoas assistidas (em milhões)	94	98,3	103,5	109,7
Investimentos na ESF (em milhões)	R\$1.662,80	R\$2.191,04	R\$2.679,27	R\$3.248,50

Fonte: Brasil (2007).

O desenvolvimento das práticas da ESF requer a integração de uma alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento, com o estabelecimento de novas habilidades e de mudanças de atitude por parte dos profissionais. Quando se discutem mudanças nas práticas sanitárias, é pertinente considerar a questão do poder enquanto relação de força entre atores, pois ao se propor reorganização dos meios de trabalho, reestruturação dos serviços e redefinição das relações sociais, estarão se alterando a composição de forças estabelecidas, e estas reagirão à mudança desenvolvendo relações de cooperação ou conflito em torno de interesses e valores, em um espaço, que não é apenas fisicamente localizado, mas que também é socialmente construído (FISHER, 1993).

Passando ao largo desta discussão, o Ministério da Saúde estabeleceu as bases para a consolidação da ESF, adotando um arcabouço técnico-operacional que visa orientar a organização deste modelo de atenção nos municípios.

Estes princípios ressaltam o caráter substitutivo do programa, através da troca das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por processo de trabalho comprometido com a prevenção dos agravos, com a promoção da saúde e com a resolutividade da assistência; a integração das unidades de saúde da família com a rede de serviços; a intersetorialidade, através da busca junto a outros setores sociais da complementaridade necessária às suas ações e práticas; a territorialização, com definição da área de abrangência, população adscrita e domínio sobre o território; a responsabilização e vínculo, com equipes responsáveis pela melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias de sua área de abrangência, usando como estratégias o atendimento humanizado e o estabelecimento de laços com os indivíduos e as famílias; e o estímulo ao controle social, pela criação e garantia de utilização dos canais de participação social (BRASIL, 2006a).

Em relação aos campos de atuação da ESF, as práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica devem abranger todas as etapas referidas ao processo saúde-doença e às áreas de intervenção. Busca-se a construção de uma capacidade para analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive (BRASIL, 2006a).

Dessa forma a ESF deveria atuar no nível da promoção da saúde, definida pela Organização Mundial de Saúde (1986) como o “processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre sua vida, e melhorem sua saúde”; da prevenção de doenças e agravos, adotando enfoque na redução dos fatores de risco para indivíduos e grupos sociais; da assistência e tratamento, através do reconhecimento precoce da doença, a adoção de medidas de tratamento individual, familiar e comunitária em conformidade com o nível de atenção, com a garantia da referência aos demais níveis de assistência do sistema; e da reabilitação da saúde, restabelecendo a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada como consequência do processo de adoecimento (BRASIL, 2006a).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) definiu as responsabilidades da atenção básica, servindo como referência para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. O conjunto das práticas de saúde desenvolvidas deve abranger as fases do ciclo de vida humano (criança, adolescente, jovem, mulher, homem e idoso), os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (BRASIL, 2006a).

3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE

Inicialmente a necessidade de se avaliar os serviços e os programas de saúde, surgiu como uma consequência natural da demanda por contenção de gastos e implantação de instrumentos de monitoramento com vistas ao controle dos custos, justificável num contexto de diminuição do crescimento econômico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Ao longo da história esta concepção foi se alterando, e o entendimento sobre a avaliação de programas sociais vêm alcançando certo consenso entre os autores. Os seguintes conceitos de avaliação foram destacados por Vieira-da-Silva (2005): identificação do mérito, valor ou do produto desse processo (SCRIVEN, 1991); instrumento voltado para utilização, com o propósito de fazer julgamento de valor sobre programas e serviços de saúde, constituindo-se assim numa ferramenta para subsidiar a tomada de decisões sobre futuras programações (PATTON, 1997 apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005); aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção (ROSSI; FREEMAN, 2004). Para Contandriopoulos et al. (1997):

a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Com base nessas definições, podem-se estudar os programas de saúde sob várias vertentes: forma de gestão pública dos serviços; o modo de produção de serviços em saúde e seus processos de trabalho, a produção de serviços em escala social etc.

Não há dúvida de que existe uma distância significativa entre o que está preconizado nas normas de funcionamento de um programa e o que se concretiza na prática, e não poderia ser diferente, uma vez que essa passagem é resultado de um processo complexo, que envolve componentes políticos, tecnológicos, simbólicos, afetivos, etc., que vão determinar como esta passagem vai se dar, quando o programa passa de uma proposição teórica para a prática, submetendo-se às tensões sociais do cotidiano.

Com a sua implementação o programa passa a sofrer as influências do contexto no qual está inserido, se submete às tensões dos interesses, pontos de vista e valores que estão interagindo no dia a dia de sua realização. Embora o arcabouço teórico do programa possa

apresentar-se bem acabado e fundamentado tecnicamente em princípios éticos e políticos, segundo Schraiber, (1997, p. 14), na prática “mostrará suas insuficiências e limites, tanto para realizar-se ética e politicamente como previsto, quanto para ser competente em garantir a articulação técnico-ética-política pressuposta”.

Neste trabalho será analisada a implantação da ESF como instrumento de intervenção, submetido ao postulado da avaliação. Embora a dimensão estrutural esteja prevista no estudo, será dada ênfase à visão processual, estabelecida a partir da pesquisa avaliativa. Para tornar mais compreensível esta opção metodológica, faz-se necessário estabelecer a diferenciação entre os conceitos de avaliação normativa e pesquisa avaliativa.

À avaliação normativa cabe a noção mais tradicional de avaliação, sob a idéia de se julgar o cumprimento de normas prévias do plano. Donabedian (1988) descreve a condução desta avaliação em três eixos: a avaliação de estrutura (recursos empregados e organização), de processo (os serviços ou os bens produzidos) e de resultado (objetivos atingidos), estejam eles implícitos no desejo de avaliar, ou explicitados em metodologias mais trabalhadas.

Quanto à pesquisa avaliativa, trata-se da pesquisa que busca julgar a realidade observada como intervenção que se deu, valendo-se de critérios técnico-científicos para tal (SCHRAIBER, 1997). Na forma de um julgamento *ex-post*³, a pesquisa avaliativa produz conhecimento novo sobre uma dada realidade. A pesquisa avaliativa se ocupa de conhecer especificamente um objeto, que é a intervenção social, emitindo um julgamento de valor sobre o objeto da avaliação.

A pesquisa avaliativa se dedica como metodologia científica e produção de conhecimento científico em saúde a conhecer as práticas em saúde, desenvolvendo pesquisa sobre serviços. A partir da observação e compreensão de vários aspectos das ações e serviços de saúde, o estudo avaliativo pode ser usado como instrumento para subsidiar o planejamento de novas ações.

A princípio, a ênfase das pesquisas avaliativas era dada quase exclusivamente aos efeitos dos programas, o chamado modelo “caixa preta” (black-box experiment). Esta abordagem, duramente criticada por algumas correntes da avaliação, parte do pressuposto que existe uma relação estreita entre o cumprimento das normas e os efeitos da intervenção, desconsiderando existir interferências de elementos contextuais durante o processo de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

³ *ex-post*, do latim “depois do fato”

A valorização de um conjunto de fatores que, em graus variados, influenciam a implantação de programas em seus vários componentes, veio enriquecer e possibilitar compreender porque as práticas sociais têm desempenhos distintos em contextos igualmente distintos. A partir daí, passou-se a valorizar os elementos explicativos dos resultados, das redes sistêmicas que se estabelecem quando da implantação dos programas, as variações dos meios e a percepção dos usuários e trabalhadores. Em última análise, passou-se a considerar o porquê e como os programas funcionam, observando-se a passagem entre o arcabouço teórico do programa, sua implantação e seus efeitos (MEDINA et al., 2005).

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997), a pesquisa avaliativa pode ser desenvolvida a partir de seis tipologias de análise: análise estratégica, análise de intervenção, análise de produtividade, análise da implantação, análise do rendimento e análise dos efeitos.

Este estudo se voltará para a análise de implantação que, segundo Denis e Champagne (1997), aborda três componentes básicos: a análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção - Componente 1; a análise das variações da implantação na eficácia da intervenção - Componente 2 e a análise da interação entre o contexto e a intervenção nos efeitos observados-Componente 3.

No plano metodológico, várias estratégias de pesquisa podem ser utilizadas para analisar a implantação da intervenção. Segundo Denis e Champagne (1997, p. 82) “o estudo de caso parece particularmente desejável quando na análise do contexto se privilegiam as dinâmicas de interação entre os atores envolvidos na implantação de uma intervenção”.

A verificação da qualidade da estratégia do estudo é observada em função da sua validade interna, externa e de sua validade de construção.

Validade interna, neste tipo de estudo, está relacionada com a qualidade e a complexidade da articulação teórica em que se baseou o estudo, além da adequação entre o modo de análise selecionado e o modelo lógico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Validade externa diz respeito à generalização analítica, isto é, à utilização de uma teoria previamente desenvolvida como modelo com o qual se devem comparar os resultados empíricos dos estudos de caso (HARTZ et al., 1997). Segundo Denis e Champagne (1997, p. 74), “esta forma de generalização se apóia no confronto da configuração empírica de vários casos similares a um quadro teórico particular, para verificar se há réplica dos resultados de um caso para o outro”.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do Estudo

Por se tratar de uma investigação empírica sobre uma intervenção que não pode ser dissociada de seu contexto e por essa razão exige a investigação de vários elementos simultaneamente, a estratégia adotada foi o estudo de caso com níveis de análise imbricados, nos quais utilizou-se a abordagem qualitativa para análise do contexto, e a avaliação normativa para determinação do grau de implantação (TANAKA; MELO, 2003).

O estudo de caso é definido como uma investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (YIN, 2001). O pesquisador trabalha com uma pequena quantidade de unidades de análise e a observação é feita a partir da imersão em cada caso. Para Denis e Champagne (1997), a potência explicativa decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades analisadas.

Em relação ao estudo de múltiplos casos, segundo Yin (2001), quando os níveis de análises pretendem ser imbricados, há interesses por explicações distintas do evento em questão. Vários níveis de análise favorecem a compreensão do caso, pois aumentam as possibilidades de análise e o grau de confiabilidade nos resultados da pesquisa, uma vez que cada caso é considerado como uma entidade única submetida a uma análise particular.

O desenho do estudo foi do tipo Análise de Implantação, com recorte no componente 1 (um), que corresponde na tipologia proposta por Denis e Champagne (1997), à análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção.

A escolha pelo componente 1 da análise de implantação se justifica quando uma intervenção é complexa e composta de elementos seqüenciais. A utilidade deste tipo de análise é procurar entender melhor o que explicam as variações observadas em nível da implantação de uma intervenção, supondo que estas últimas influenciam fortemente os efeitos produzidos pela intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O estudo da influência do contexto sobre o grau de implantação da intervenção envolveu as categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade (Figura 1), a partir do referencial teórico desenvolvido por Matus (1996), o qual destaca que, para garantir a governabilidade, as forças sociais necessitam de articulação dos três componentes do triângulo:

- a) Os atributos do Projeto de Governo podem ser referidos como os recursos disponíveis e possíveis de serem incrementados, o conhecimento acumulado sobre o tema, o poder necessário para desencadear as ações propostas, as chances de implantação e a possibilidade de sucesso;
- b) A Capacidade de Governo compreende o conhecimento institucional acumulado, o conjunto de saberes e técnicas disponíveis para operar o projeto de governo e a política setorial;
- c) A Governabilidade descreve os fundamentos políticos e financeiros para efetivação das políticas, que são os recursos e a margem de manobra política, ou seja, reúne dispositivos de poder (político, econômico) capazes de desencadear as decisões e os respectivos movimentos necessários para que os objetivos e as metas sejam alcançados.

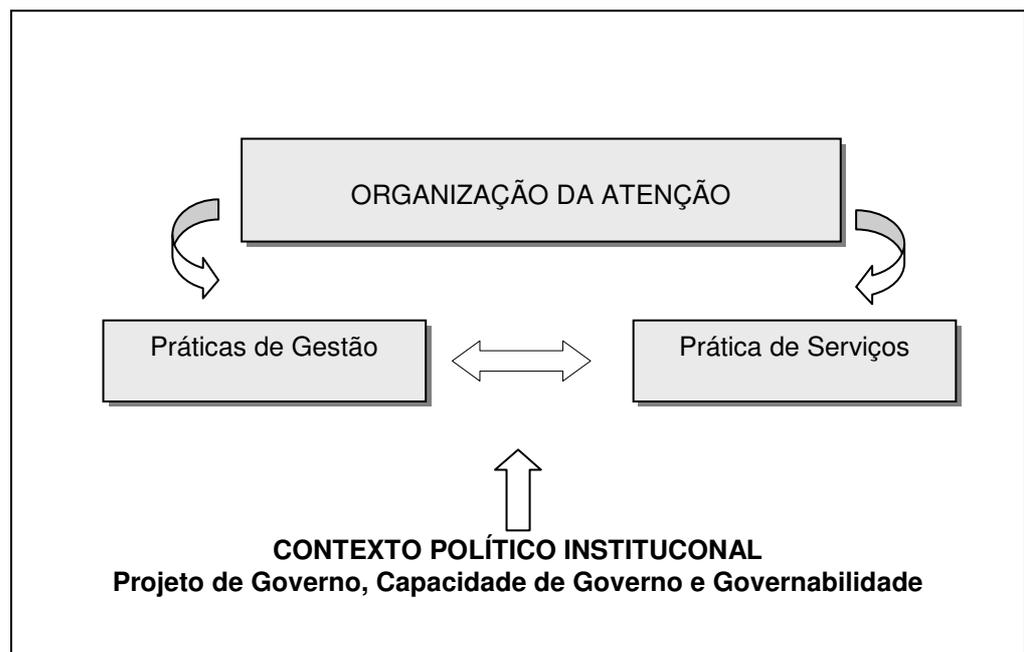


Figura 1 – Marco analítico causal do contexto político-institucional.
 Fonte: Brasil (2004b)

A análise do contexto e do grau de implantação requer uma compreensão acerca da estrutura de poder setorial e o estudo sobre a articulação entre os componentes do triângulo de governo (MATUS, 1996) e de como se conforma o poder local (FISHER, 1993).

Este estudo utilizou ainda um componente da avaliação normativa para estabelecer o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura) e os serviços produzidos (processo), de acordo com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Para análise do componente normativo, adotou-se como referência conceitual no campo da avaliação, o modelo proposto por Donabedian (1980) baseado na teoria dos sistemas em que se consideram os elementos de estrutura, de processo e de resultado, tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais (Figura 2) (BRASIL, 2006c).

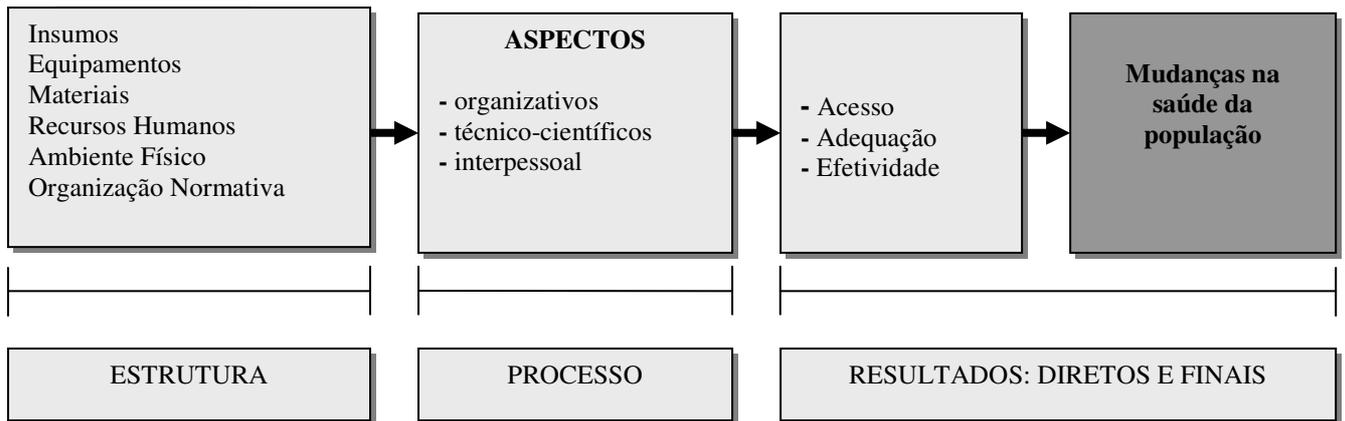


Figura 2 - Elementos da Avaliação Normativa das Equipes de Saúde da Família.
Fonte: Brasil (2006a)

A partir desse referencial, o estudo se concentrou na avaliação dos elementos da estrutura e do processo. Os elementos analisados foram assim distribuídos:

- a) estrutura: compreende os aspectos necessários para possibilitar o funcionamento dos serviços e as práticas das equipes de Saúde da Família, e incluem profissionais das unidades de saúde da família, o ambiente físico (unidades, disponibilidade de consultório, local próprio para o atendimento, reuniões de trabalho, atividades educativas) e os equipamentos;
- b) processo: nesse componente investigou-se em que medida os serviços oferecidos são adequados para atingir os resultados esperados, comparando os mesmos com critérios e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Foram analisadas as práticas do serviço e a atenção à saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, Controle do Diabetes mellitus, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Saúde Bucal).

O presente estudo constitui-se numa pesquisa qualitativa no campo das políticas de saúde, que utiliza a estratégia de estudo de casos para analisar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família.

4.2 Área do Estudo

O estudo foi desenvolvido em dois municípios: Riacho das Almas e Sairé, ambos localizados no agreste de Pernambuco.

A escolha dos municípios levou em consideração sua localização geográfica (microrregiões com características sócio-econômicas semelhantes), a cobertura do Programa Saúde da Família (100%) e modalidades de gestão diferentes, um na Atenção Básica e o outro Pleno do Sistema Municipal, considerando que diferentes experiências locais podem enriquecer a compreensão sobre como o contexto influencia a implantação de uma mesma intervenção sanitária, determinando diferentes graus de implantação.

Além desses aspectos, no universo composto por municípios de pequeno porte da região as duas cidades em questão são bem avaliadas no que se refere à organização da ESF, possibilitando assim uma avaliação mais aprofundada de questões consideradas fundamentais para a análise de implantação da intervenção, como o processo de trabalho, organização das práticas e da atenção à saúde.

Riacho das Almas

Está localizado na mesorregião Agreste de Pernambuco, microrregião do Vale do Ipojuca. Possui cerca de 18.268 mil habitantes, numa área de 314 km². A maior concentração da população encontra-se na zona rural, onde o índice de ruralização é de 75%. O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 6,1 (RIACHO DAS ALMAS, 2006a).

A população residente é predominantemente jovem apresentando uma pirâmide etária com base larga, característica deste tipo de população (Tabela 2 e Figura 3). A taxa de analfabetismo está em torno de 44% dos residentes com mais de 15 anos, sendo que é maior entre aqueles com idade > 50 anos (IBGE, 2002).

Tabela 2 - População residente, segundo faixa etária e sexo, Riacho das Almas.

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Menor de 1 ano	186	2,05	185	2,00	371	2,03
1 a 4 anos	769	8,49	689	7,46	1.458	7,97
5 a 9 anos	982	10,84	938	10,16	1.920	10,50
10 a 19 anos	1.991	21,99	1.962	21,25	3.953	21,61
20 a 49 anos	335	3,70	3.506	37,97	6.841	37,40
50 a 59 anos	683	7,54	791	8,57	1.774	8,06
60 e + anos	1.110	12,26	1.162	12,59	2.272	12,42
Total	9.056	100,00	9.233	100,00	18.289	100,00

Fonte: IBGE (2004)

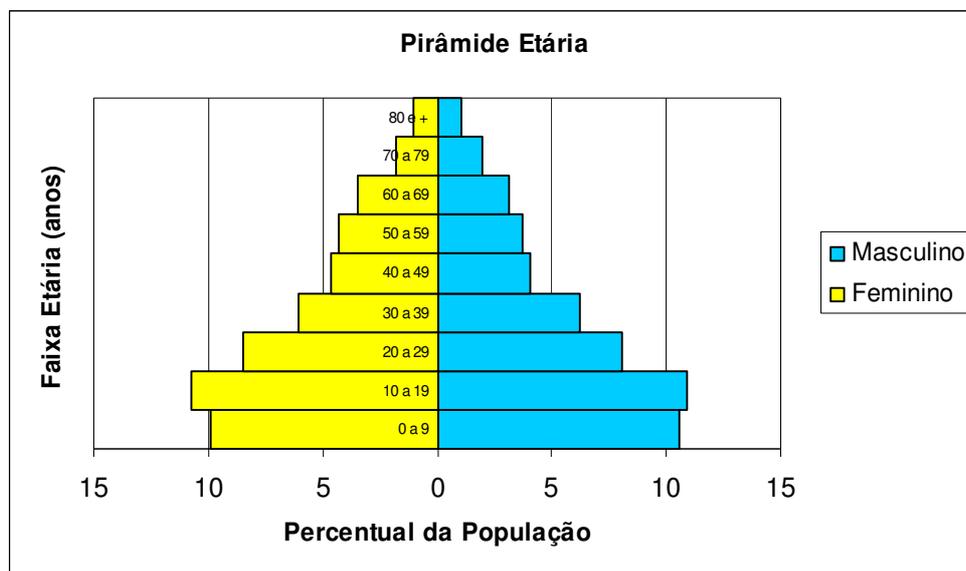


Figura 3: Pirâmide etária da população de Riacho das Almas

Fonte: IBGE (2004)

A economia local é baseada na produção agropecuária representada por pequenos proprietários rurais e a maior parte dos empregos é gerada pela administração pública. Em relação à renda, 26% dos moradores não têm rendimento declarado e 30% recebem menos de 2 salários mínimos (IBGE, 2004).

Embora só 25% dos moradores residam na zona urbana, o processo de urbanização não foi capaz de atender integralmente as demandas básicas da população no que se refere ao saneamento urbano. Assim, 37% dos domicílios são abastecidos pela rede pública, 11% utilizam água de nascentes e 52% utilizam outros tipos de fontes. Em relação ao destino do lixo, 44% é recolhido pela coleta pública, 52% é queimado ou enterrado e 4% é jogado a céu aberto. Quanto ao destino dos dejetos 36% das residências jogam os dejetos no sistema de esgotos, 28% em fossas e 36% são jogados a céu aberto (RIACHO DAS ALMAS, 200a).

A ESF foi adotada como entrada para o Sistema Municipal de Saúde, que é constituído pelos seguintes serviços: 07 Postos de Saúde (PS), 05 Unidades de Saúde da Família (USF), 01 Clínica de Fisioterapia, 01 Laboratório de Fitoterapia, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Núcleo de Assistência à Saúde da Mulher e 01 Unidade Mista, num total de 17 estabelecimentos e pelas unidades de referência localizadas em Caruaru, conforme apresentação da Figura 4 (RIACHO DAS ALMAS, 2006b).

O PSF foi adotado em 1998, visando reorganizar a rede básica de saúde e ampliar a cobertura assistencial, especialmente dos moradores da zona rural, que pela precariedade de transportes, tinham dificuldades de acesso aos serviços de saúde existentes. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica as equipes de Saúde da Família, apresentadas no Quadro 1, cobrem 100% da população (RIACHO DAS ALMAS, 2006b).

Em relação à assistência hospitalar, as principais causas de internação em relação ao número total de internações por procedimento, no hospital municipal, entre 2002 e 2007, foram: internações pediátricas (pneumonia, enteroinfecções, desidratação aguda, crise asmática, infecções perinatais e desnutrição protéico calórica), clínica médica (pneumonia, insuficiência cardíaca, diabetes sacarino, tratamento clínico do AVC, enteroinfecções e crise hipertensiva) e obstetrícia (parto normal e cesareana) (BRASIL, 2007b).

Nome da USF	Endereço	Microáreas	Localização
USF Chicão	Sítio Chicão	PS Guaritas	Zona Rural
USF Vitorino	Vila do Vitorino	PS Alto Bandeira PS Sítio Atalaia	Zona Rural
USF Pinhões	Vila Pinhões	PS Couro D'antas	Zona Rural
USF Trapiá	Vila Trapiá	PS Palmatória PS Baraúna	Zona Rural
USF Brasília Teimosa	Rua Justo Mota	-	Zona Urbana

Quadro 1 – Unidades de Saúde da Família de Riacho das Almas

Fonte: Riacho das Almas (2006a)

Sairé

Município da mesorregião Agreste de Pernambuco, localizado a 663 metros de altitude, distante 95 Km da capital. Sua população é estimada em 13.649 habitantes (IBGE, 2000). Possui uma área territorial de 195, 46 km² e uma densidade demográfica de 67,18 hab/km². Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,6 (SAIRÉ, 2006a).

A população residente de Sairé também é predominantemente jovem apresentando uma pirâmide etária com base larga, característica deste tipo de população, conforme demonstrado na Tabela 3 e Figura 4 (SAIRÉ, 2006a).

Tabela 3 - População residente, segundo faixa etária e sexo, Sairé, 2006.

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Menor de 1 ano	153	1,93	116	1,47	269	1,70
1 a 4 anos	662	8,35	663	8,41	1.325	8,38
5 a 9 anos	887	11,18	791	10,03	1.678	10,61
10 a 19 anos	1.654	20,86	1.615	20,48	3.269	20,67
20 a 49 anos	3.048	38,45	3.096	39,27	6.144	38,86
50 a 59 anos	618	7,79	649	8,23	1.267	8,01
60 e + anos	905	11,41	952	12,07	1.857	11,74
Total	7.927	100,00	7.882	100,00	15.809	100,00

Fonte: IBGE (2004)

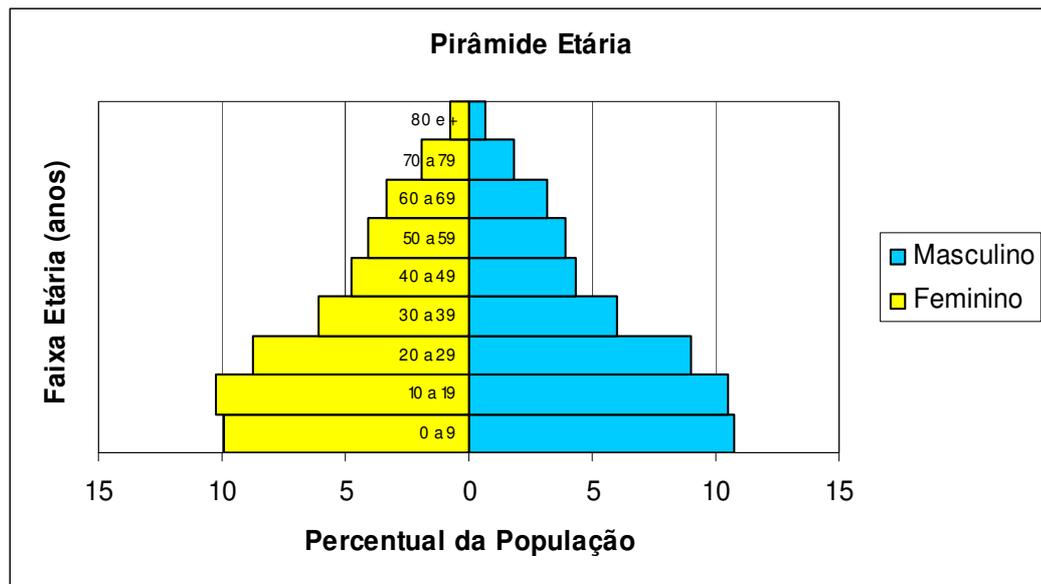


Figura 4: Pirâmide etária da população de Sairé

Fonte: IBGE (2004)

A economia local é baseada no comércio, serviços, administração pública e na produção agropecuária representada por pequenos proprietários rurais, que se destacam pelo cultivo da laranja, que empresta nome a um festival anual realizado na cidade.

Em relação ao saneamento básico a situação é a seguinte: 47% dos domicílios são abastecidos de água pela rede pública, 38% utilizam água de poços ou nascentes e 15% utilizam outros tipos de fontes. Em relação ao destino do lixo, 46% é recolhido pela coleta pública, 36% é queimado ou enterrado e 18% é jogado a céu aberto. Quanto ao destino dos

dejetos apenas 3% das residências jogam os dejetos no sistema de esgotos, 84% em fossas e 13% são jogados a céu aberto (SAIRÉ, 200a).

O Modelo de Atenção à Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada para o sistema, que é constituído de uma rede de serviços formada pelos serviços de saúde existente no território municipal: 02 Postos de Saúde (PS), 06 Unidades de Saúde da Família (USF) e 01 Unidade Mista e pelas unidades de referência localizadas em Caruaru e Bezerros, conforme apresentação da Figura 6 (SAIRÉ, 2006b).

O PSF foi adotado em 2004, visando reorganizar a rede básica de saúde e ampliar a cobertura assistencial, especialmente dos moradores da zona rural, que pela precariedade de transportes, tinham dificuldades de acesso aos serviços de saúde existentes. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SAIRÉ, 2006b), as equipes de Saúde da Família, apresentadas no Quadro 2, cobrem 100% da população.

Em relação à assistência hospitalar, as principais causas de internação em relação ao número total de internações por procedimento, no Hospital de Riacho das Almas, entre 2002 e 2007, foram: internações pediátricas (enteroinfecções, pneumonia, crise asmática e desidratação aguda), clínica médica (pneumonia, enteroinfecções, crise hipertensiva, insuficiência cardíaca, crise asmática e desidratação aguda) e obstetrícia (parto normal e cesareana) (BRASIL, 2007b).

Nome da USF	Endereço	Localização
USF Abrigo	Rua Marximino Rufino	Zona Urbana
USF Boa Vista	Boa Vista	Zona Rural
USF Brejo Velho	Sítio Brejo Velho	Zona Rural
USF Mário Firmo Cunha	Sítio Cunha	Zona Rural
USF Insurreição	Sítio Insurreição	Zona Rural
USF Vale Verde	Loteamento Vale Verde	Zona Urbana

Quadro 2 – Unidades de Saúde da Família de Sairé

Fonte: Sairé (2006a)

4.3 Unidade de Análise

Nos estudos de caso, o caso é a unidade primária de análise, portanto, a unidade de análise deste estudo é o município.

A análise dos dois municípios permite uma generalização analítica que se apóia na comparação feita a partir da observação da estratégia estudada a um quadro teórico particular que verifica se há réplica dos resultados de um caso para outro.

4.4 Sujeitos da Pesquisa

Considerando a necessidade de construir cenários para a compreensão da capacidade de gestão local e das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, foram eleitos como grupo de informação: gestores, representantes dos usuários e trabalhadores de saúde, que se constituíram nos sujeitos da pesquisa.

Para garantir a diversidade dos sujeitos envolvidos na formulação e desenvolvimento da política de saúde local, foram selecionados:

- a) Secretário Municipal de Saúde: responsável pela condução da política municipal de saúde e ator fundamental para analisar os três componentes do triângulo de Matus (Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade);
- b) Coordenador da Estratégia Saúde da Família: gestor que acompanha rotineiramente a ESF, responsável por organizar o processo de trabalho, de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- c) Profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família: neste estudo representados pelos médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde, os profissionais da ESF foram selecionados com a intenção de possibilitar uma análise de questões como a adoção de abordagens diferenciadas da família, dos indivíduos e da comunidade;
- d) Conselheiros Municipais de Saúde: representantes dos usuários de saúde e atores fundamentais na construção e acompanhamento das políticas locais de saúde.

O estudo abrangeu a análise da gestão municipal e de todas as equipes de saúde da família dos municípios-caso, totalizando 11 equipes. O total de entrevistados foi de 45 sujeitos, dos quais 22 foram ouvidos nas entrevistas dirigidas e 23 nas entrevistas guiadas (Quadros 3 e 4). Do total de entrevistados programados, deixaram de ser ouvidos 3 médicos (2 deles faltaram nos dias agendados e 1 se recusou a participar).

Equipe	Entrevistados	Nome da USF	Endereço da USF
SAIRÉ			
1	Enfermeiro	USFI Trapiá	Vila Trapiá
2	Enfermeira/Odontóloga	USF Pinhões	Vila Pinhões
3	Médico/Enfermeira	USF Vitorino	Vila do Vitorino
4	Médica/Enfermeira/ Odontóloga	USF Chicão	Sítio Chicão
5	Médica Enfermeira	USF Brasília Teimosa (PAM)	Rua Justo Mota
RIACHO DAS ALMAS			
6	Enfermeira/Médico	USF Abrigo	Rua Maximino Rufino
7	Enfermeira/Médico	USF Boa Vista	Boa Vista
8	Enfermeira	USF Brejo Velho	Sítio Brejo Velho
9	Médica/Enfermeira	USF Mário Firmo Cunha	Sítio Cunha
10	Médico/Enfermeira	USF Insurreição	Sítio Insurreição
11	Médico/Enfermeira Odontóloga	USF Vale Verde	Loteamento Vale Verde

Quadro 3 – Sujeitos das entrevistas dirigidas.

Entrevistas	Entrevistados	Código
RIACHO DAS ALMAS		
Entrevista 1	Gestor de Saúde	GS 1
Entrevista 2	Gestor de Saúde	GS 2
Entrevista 3	Conselheiro Municipal de Saúde - trabalhadores	CMS 1
Entrevista 4	Conselheira Municipal de Saúde - trabalhadores	CMS 2
Entrevista 5	Conselheira Municipal de Saúde - usuários	CMS 3
Entrevista 6	Agente Comunitário de Saúde	ACS 1
Entrevista 7	Agente Comunitário de Saúde	ACS 2
Entrevista 8	Agente Comunitário de Saúde	ACS 3
Entrevista 9	Agente Comunitário de Saúde	ACS 4
Entrevista 10	Agente Comunitário de Saúde	ACS 5
SAIRÉ		
Entrevista 11	Gestor de Saúde	GS 3
Entrevista 12	Gestor de Saúde	GS 4
Entrevista 13	Gestor de Saúde	GS 5
Entrevista 14	Conselheira Municipal de Saúde - usuários	CMS 4
Entrevista 15	Conselheiro Municipal de Saúde - trabalhadores	CMS 5
Entrevista 16	Conselheira Municipal de Saúde - trabalhadores	CMS 6
Entrevista 17	Agente Comunitário de Saúde	ACS 6
Entrevista 18	Agente Comunitário de Saúde	ACS 7
Entrevista 19	Agente Comunitário de Saúde	ACS 8
Entrevista 20	Agente Comunitário de Saúde	ACS 9
Entrevista 21	Agente Comunitário de Saúde	ACS10
Entrevista 22	Agente Comunitário de Saúde	ACS11
Entrevista 23	Agente Comunitário de Saúde	ACS 12

Quadro 4 – Sujeitos das entrevistas guiadas e codificações.

Os entrevistados foram definidos em função da importância e do grau de conhecimento para fornecimento da maior diversidade de informações estratégicas a respeito do tema em estudo (RICHARDSON, 1989). Foram considerados para este estudo informantes-chave que, segundo Testa (1982), são atores sociais que possuem interesse no setor e que compartilham a estrutura de poder no setor saúde, onde convivem três tipos particulares de poder: o político, o técnico e o administrativo.

4.5 Instrumentos de Coleta e Fontes de Dados

A pesquisa de campo utilizou-se de dados primários e secundários, coletados de julho a dezembro de 2007, período no qual o pesquisador, sujeito-observador, assumiu uma postura interpretativa frente aos fenômenos, aos quais atribuiu significados. Esta postura está em conformidade com a pesquisa avaliativa, que tem entre suas características o reconhecimento da existência de uma dinâmica de interdependência entre a realidade concreta e o sujeito, e a compreensão que o conhecimento não se resume a um conjunto de dados isolados amparados num referencial teórico que os explica (CHIZZOTI, 1991).

Um recurso usado freqüentemente para aumentar a confiabilidade do estudo qualitativo é a triangulação, que consiste no uso simultâneo de diversas técnicas, fontes de dados, modalidades de análise, diferentes informantes e pontos de vista (MINAYO, 2007). Dessa forma, optou-se neste trabalho pelo estudo de caso pautado na triangulação, visando uma melhor compreensão do objeto de pesquisa pela possibilidade de registrar os vários pontos de vista sobre a realidade estudada.

Em observância a esta premissa foram coletados dados primários e secundários para apreensão das informações necessárias para a realização deste estudo. As técnicas escolhidas para a realização da coleta de dados foram as entrevistas (dirigida e guiada) e a análise documental em documentos institucionais (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Relatórios Técnicos).

Os dados primários foram conseguidos através da entrevista, técnica importante que permite a troca de informações, subsidiando o pesquisador para a compreensão da visão dos sujeitos da pesquisa acerca dos temas investigados. Os pontos abordados nas entrevistas (variáveis) foram definidos a partir dos aspectos que se desejava investigar (categorias). Foram utilizadas as técnicas a seguir:

- a) Entrevista dirigida: a partir de perguntas precisas e pré-formuladas, as entrevistas dirigidas foram utilizadas na abordagem dos profissionais das equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e odontólogos) e constituíram o banco de dados utilizado para a determinação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em cada um dos municípios;
- b) Entrevista guiada: foram aquelas nas quais se utilizou um “guia” de temas a ser explorado durante o transcurso da entrevista, foram realizadas com os informantes-chave selecionados para fornecerem as informações estratégicas necessárias para a análise do contexto político-institucional e para apreensão da percepção dos profissionais sobre temas considerados relevantes para o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe.

Para coleta de dados com vistas à avaliação do contexto político e institucional foram realizadas entrevistas guiadas, nas quais foram utilizados roteiros construídos com base na Matriz de Avaliação da Capacidade de Gestão, desenvolvida para análise do contexto político-institucional. Foram elaborados roteiros para gestores, coordenadores, agentes de saúde e conselheiros de saúde (Apêndice A).

Os roteiros elaborados seguiram as recomendações de Minayo (2007): as questões devem contribuir para dar forma e conteúdo ao objeto, permitir ampliar e aprofundar a comunicação e contribuir para que os interlocutores expressem sua visão, os conceitos e o que consideram relevante a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto.

As entrevistas foram registradas em fitas de áudio, mediante permissão dada pelos sujeitos da pesquisa e transcritas integralmente para o tratamento do material, recorrendo-se ao registro das observações do pesquisador imediatamente após as entrevistas, das situações que se mostraram pertinentes no decorrer das mesmas. Os encontros foram marcados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e as entrevistas foram conduzidas pela responsável pela pesquisa em local apropriado no próprio município, tendo o número e o tempo de cada sessão ocorrido de acordo com a necessidade para percorrer a totalidade do conteúdo previsto pelos roteiros, garantida a exaustividade.

No início de cada uma das entrevistas foram explicitados os objetivos da pesquisa e o uso que se faria do material, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos atores envolvidos. As entrevistas foram realizadas mediante o consentimento pós-informado dos sujeitos selecionados (Apêndice B).

O instrumento utilizado para coletar os dados das entrevistas dirigidas que foram utilizados para determinação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família foi um questionário adaptado de Cavalcante, (2004) e do Manual para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2006c) o qual foi dirigido aos médicos, enfermeiros e odontólogos das equipes de Saúde da Família (Apêndice C). Foi realizado um piloto, em uma Unidade de Saúde da Família do município de Caruaru, a fim de se proceder às adequações que se fizeram necessárias nos roteiros das entrevistas.

Os dados secundários foram conseguidos através da análise documental e a partir dos sistemas de informação, conforme descrição a seguir:

- a) Documentos de Gestão: foram realizadas coletas e análise de conteúdo dos seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde 2006-2009, Relatório de Gestão 2006, Lista de frequência das Comissões Intergestores Bipartite Regional e Estadual, Portarias e Decretos Municipais, Relatório Técnico da Programação Pactuada Integrada (PPI) Regional, Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde e Relatórios Técnicos das respectivas Secretarias Municipais de Saúde;
- b) Sistemas de Informação: foi feita coleta de dados a partir dos relatórios do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial), SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos) e SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) utilizados para caracterizar o perfil da ESF no município.

4.6 Modelo Teórico

O termo modelo teórico designa um “sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal” (BUNGE, 1974. p. 16). O modelo teórico que demonstra como o programa idealmente funcionaria, deve estar embasado em uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos.

Existem várias denominações para modelo teórico, mas neste estudo adotamos a expressão “modelo lógico”, consensualmente aceita pela maioria dos avaliadores do campo da

avaliação (COOKSY et al., 2001; HARTZ, 1999; MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999; MILLAR, 2001; RENGER; TITCOMB, 2002; ROWAN, 2000; RUSH; OGBORNE, 1991; UNRAU, 2001).

No campo da avaliação alguns autores trabalham com o conceito de macroteoria e microteoria do Programa. A microteoria, baseada em normas, descreveria os aspectos estruturais e operacionais do programa, produzindo informações sobre as suas partes, ou seja, sobre a relação entre os recursos disponíveis, as atividades e os resultados. Já a macroteoria detalharia os aspectos organizacionais e sócio-políticos que favoreceriam ou inibiriam os efeitos do programa, preocupando-se, portanto, com os aspectos relacionados ao contexto de implantação da intervenção (HARTZ et al., 1997).

Embora consciente que a microteoria está arraigada na macroteoria, em virtude da multiplicidade dos aspectos estruturais e processuais da Estratégia Saúde da Família trabalhou-se com duas versões de modelo lógico, um voltado para a microteoria e outro voltado para a macroteoria.

Como referência para a análise do contexto foi adotado um modelo lógico, que corresponde à definição de uma “imagem-objetivo”, segundo Matus (1996), a partir do qual foram analisados os contextos político e institucional (Gestão do Sistema Local de Saúde), que correspondem à macroteoria do programa. Este modelo foi adaptado do Modelo Canadense (WATSON et al., 2004) que procura articular, esquematicamente, os elementos que devem ser considerados para avaliação da Estratégia Saúde da Família segundo os componentes definidos (Figura 5).

Outro modelo utilizado como referência na definição do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, na avaliação dos aspectos estruturais e operacionais, produzindo informações a respeito das práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, que correspondem à microteoria do programa (Figura 6).

Para guiar a avaliação da influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, foi elaborado um terceiro modelo teórico-lógico, a partir do qual foi definido o grau de aproximação alcançado pelos municípios pesquisados em relação à sua capacidade de gestão e ao grau de implantação da intervenção (Figura 7).

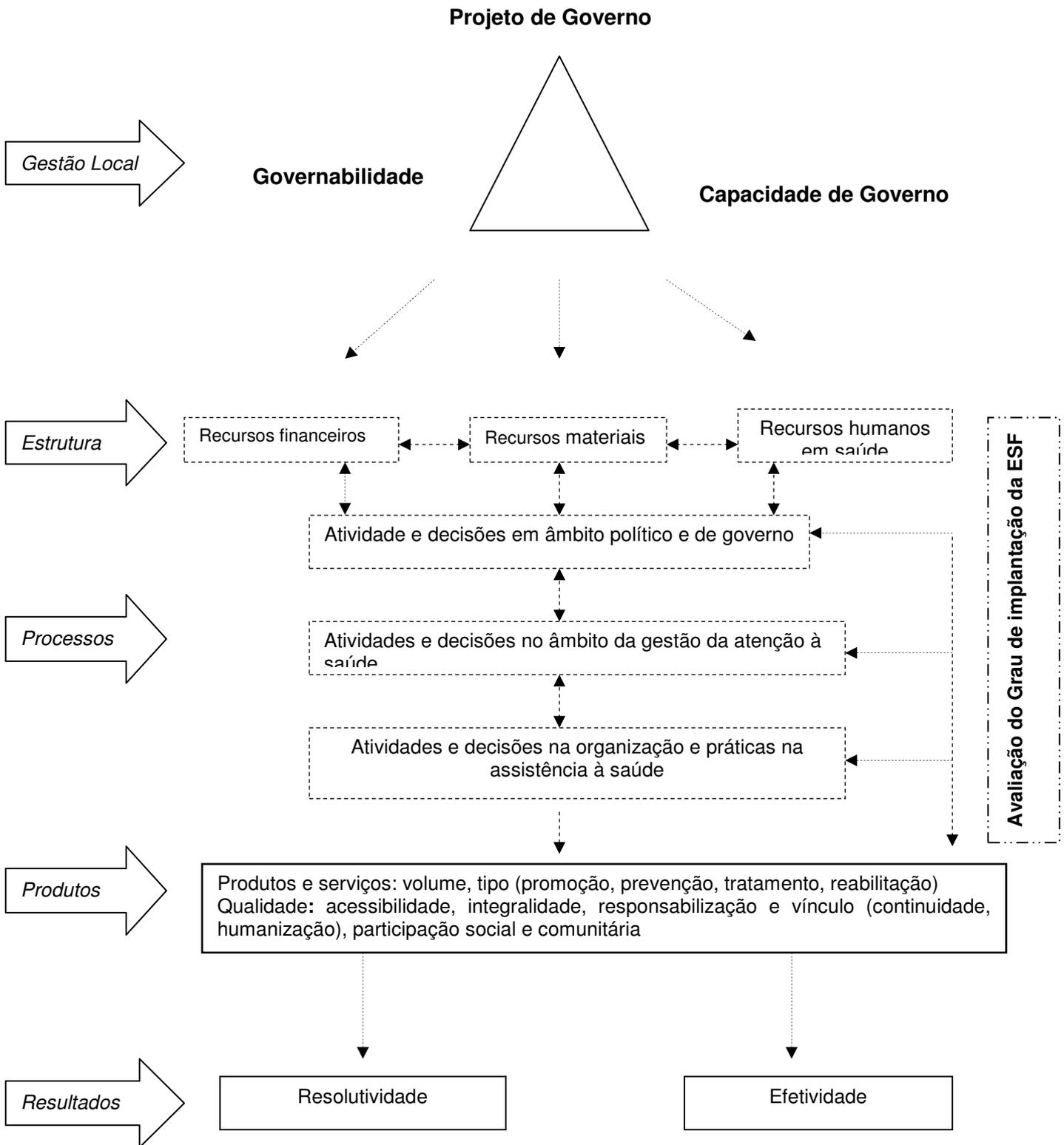


Figura 5 - Modelo Lógico (MACROTEORIA).
 Fonte: Watson et al. (2004).

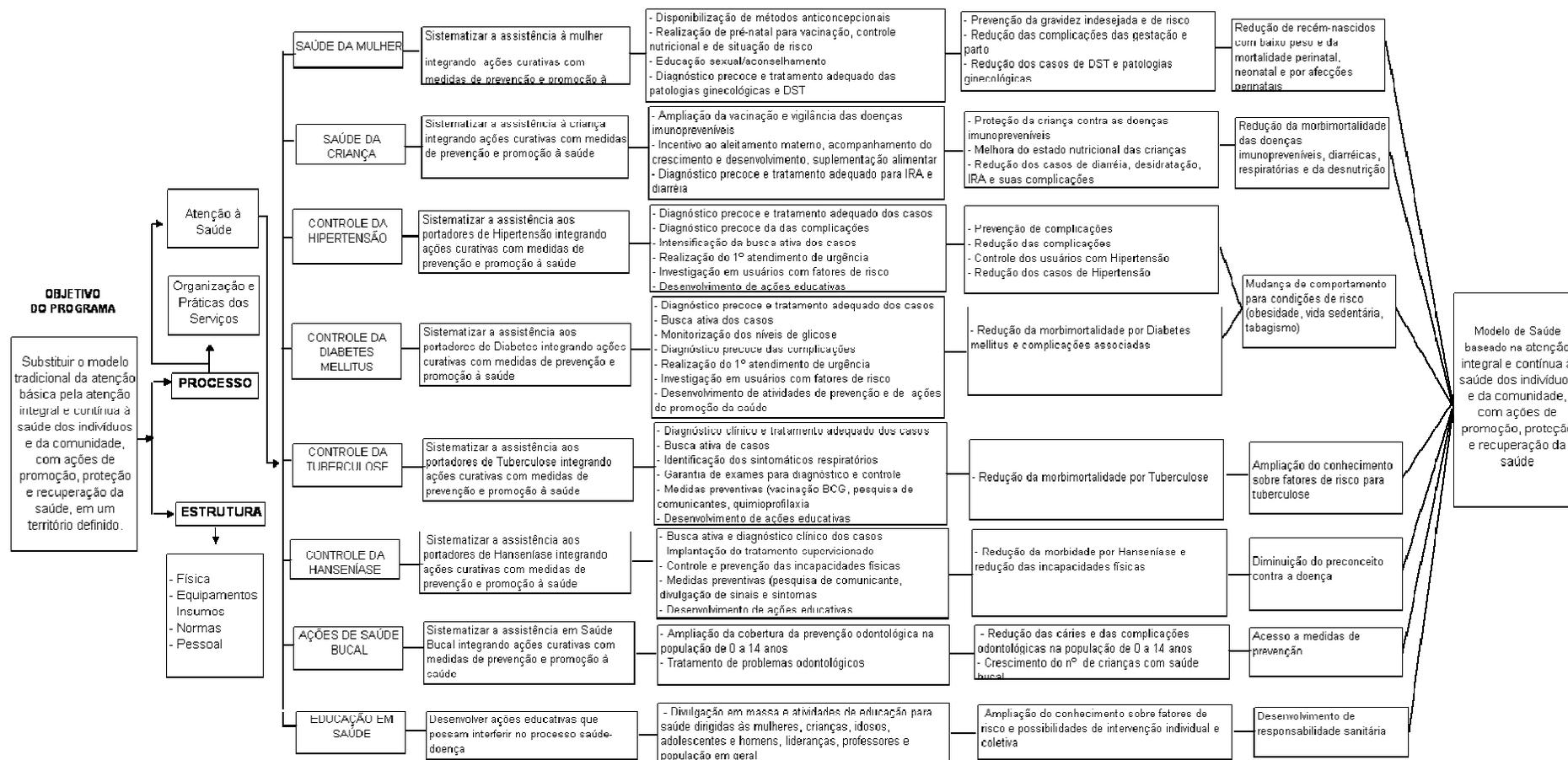


Figura 6 – Modelo Lógico para avaliação da Estratégia Saúde da Família (Microteoria).
Fonte: autora do trabalho

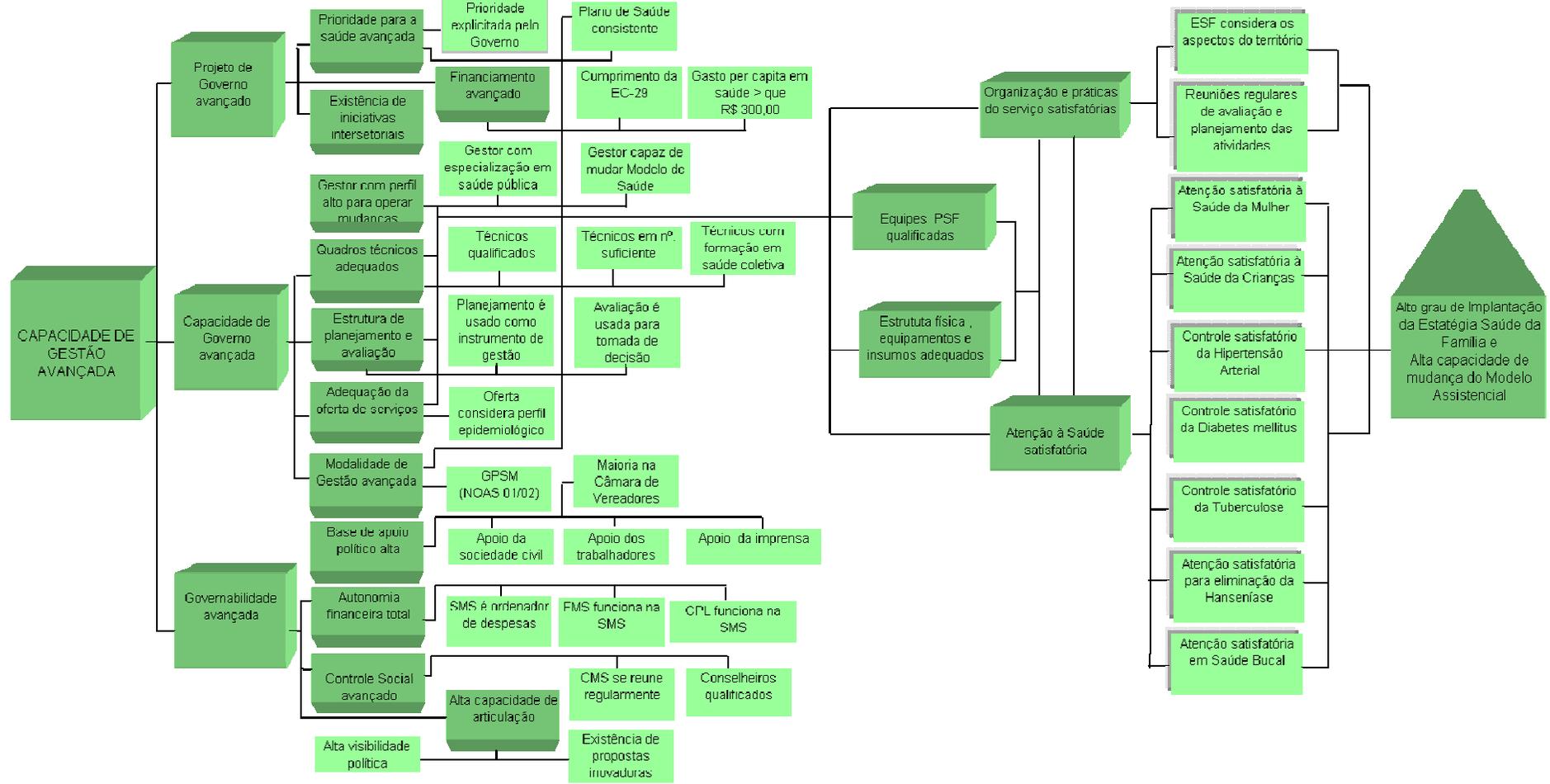


Figura 7 – Fluxograma da imagem-objetivo da Capacidade de Gestão.
Fonte: autora do trabalho

4.7 Categorias de Análise

Para a análise de contexto da intervenção e a determinação do grau de implantação da ESF trabalhou-se com as categorias de análise descritas a seguir:

a) Categorias de Análise do Grau de Implantação da Estratégia Saúde da Família

- a) Estrutura: equipe de saúde, ambiente físico e equipamento;
- b) Processo: organização e práticas do serviço e atenção à saúde.

As categorias utilizadas para determinação do grau de implantação da infra-estrutura e da organização e práticas do serviço foram baseadas no modelo proposto para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2006c).

As categorias de análise utilizadas para avaliar a atenção à saúde foram definidas a partir da NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002a). Elas compreendem o conjunto das práticas de saúde que abrangem todas as fases do ciclo de vida humana (crianças, adolescentes, jovens, mulheres e homens adultos, idosos), os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (Quadro 5) (BRASIL, 2006c).

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA
Infra-estrutura	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ (BRASIL, 2006c) – Instrumento nº. 3
Organização e práticas do serviço	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ (BRASIL, 2006c) – Instrumento nº. 4
Saúde da Mulher	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a); Instrumento Gerencial da Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 1995) e Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal (BRASIL, 2000b)
Saúde da Criança	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a); Instrumento Gerencial da Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 1995)
Controle da Hipertensão	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a); Protocolo para Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001b)
Controle do Diabetes mellitus	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a); Protocolo para Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001b)
Controle da Tuberculose	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a); Tuberculose- Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002b)
Controle da Hanseníase	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a); Guia para Controle da Hanseníase – Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2002c)
Saúde Bucal	Anexo 1 da NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a)

Quadro 5 – Categorias de análise para avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família

b) Categorias de Análise do Contexto Político-Institucional

No contexto local, onde efetivamente as políticas se concretizam, três componentes de governo constituem um sistema singular interdependente denominado por Matus (1996) de “triângulo de governo”, a partir do qual foram estabelecidas as categorias de análise propostas para avaliação do contexto político-institucional: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade, conforme descrição do Quadro 6.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE	TÉCNICAS DE COLETA
Projeto De Governo	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde como prioridade de governo • Financiamento da Saúde • Iniciativas intersetoriais 	<ul style="list-style-type: none"> - análise documental - entrevista guiada
Capacidade De Governo	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil do Gestor Municipal • Adequação dos quadros técnicos • Planejamento e avaliação • Adequação da oferta dos serviços • Modalidade de Gestão 	<ul style="list-style-type: none"> - análise documental - entrevista guiada
Governabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Base de apoio político • Autonomia Financeira • Atuação do Controle Social • Capacidade de articulação do Gestor Municipal 	<ul style="list-style-type: none"> - análise documental - entrevista guiada

Quadro 6 – Categorias de análise para avaliação do contexto político-institucional
Fonte: Vieira-da-Silva et. al. (2002).

4.8 Análise e tratamento dos dados

A análise e tratamento dos dados dos níveis de análise, grau de implantação da Estratégia Saúde da Família e avaliação do contexto político-institucional, se basearam nas interpretações previstas nos quadros teóricos adotados como referencial para a pesquisa, conforme descrito a seguir.

4.8.1 Plano de Análise do Grau de Implantação da Estratégia Saúde da Família

Para descrição do grau de implantação das categorias infra-estrutura; organização e práticas do serviço e atenção à saúde, foi utilizado um sistema de escore adaptado de

Felisberto (2001) e utilizado por Samico (2003) e Bezerra (2006). Foi desenvolvida uma ferramenta on-line, chamada de GIESF, hospedada em uma página de internet, para facilitar o trânsito da informação. Para o desenvolvimento desta ferramenta foram utilizadas as linguagens de programação PHP (*Hypertext Preprocessor*), HTML (*HyperText Markup Language*), Java Script e o Banco de Dados MySQL.⁴ A ferramenta GIESF permite a emissão de relatórios diversos, entre os quais o Grau de implantação Geral por Município, por Equipe, por Componente e por Subcomponente.

Para coleta dos dados foi desenvolvido um formulário contendo 145 questões, com as opções “sim” ou “não” para as respostas. As respostas “sim” têm um valor específico, de acordo com a categoria analisada, e as respostas “não” correspondem ao valor zero.

O escore final foi conseguido através da análise dos dados coletados em entrevistas dirigidas e posteriormente pela atribuição de pontos às variáveis, com base num sistema de escores que considerou pesos diferentes para estrutura e processo, conforme discriminação constante no Quadro 7, apresentado a seguir.

Dimensão	Conceito	Componente	Sub-Componente	Peso	N.º de questões	Peso da Questão	Valor da Questão	Total do sub-componente
Estrutura	2	-	Equipe	5,0	5	1,0	0,20	1,0
			Estrutura	5,0	10	0,5	0,10	1,0
Processo	4	Organizacional (10)	-	10,0	20	0,5	0,20	4,0
			Atenção À Saúde (10)	Mulher	2,0	25	0,1	0,032
	Criança	2,5		25	0,1	0,04	1,0	
	HAS	1,5		15	0,1	0,04	0,6	
	DM	1,5		15	0,1	0,04	0,6	
	Tuberculose	1,0		10	0,1	0,04	0,4	
	Hanseníase	1,0		10	0,1	0,04	0,4	
	S. Bucal	0,5	10	0,5	0,02	0,2		
VALOR MÁXIMO DE GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESF - GIESF POR MUNICÍPIO								10,0

Quadro 7 - Base de cálculo para definição do Grau de implantação da Estratégia Saúde da Família (GIESF).

Foram considerados como pontos de corte para classificação do grau de implantação os seguintes valores:

⁴ PHP (“Hypertext Preprocessor”) é uma linguagem de programação de computadores, interpretada, livre e muito utilizada para gerar conteúdo dinâmico na World Wide Web.

HTML (Hyper Text Markup Language) que significa Linguagem de Marcação de Hipertexto é uma linguagem de marcação utilizada para produzir páginas na Web.

Java Script é uma linguagem de programação criada para atender, principalmente, as necessidades de validação de formulários no lado cliente (programa navegador) e interação com a página.

MySQL é um sistema de gerenciamento de banco de dados (SGBD), que utiliza a linguagem SQL (Structured Query Language - Linguagem de Consulta Estruturada) como interface.

- a) Crítico: de 0 a 4,9 (vermelho);
- b) Insatisfatório: 5,0 a 7,9 (amarelo);
- c) Satisfatório: de 8,0 a 10,0 (verde).

Após a finalização das entrevistas com as equipes, o programa calculou o Grau de implantação da ESF de acordo com a fórmula:

$$\text{GIESF (Unidade)} = \sum (\text{respostas positivas de cada questão})$$

Ao final da aplicação do questionário com todas as equipes, de cada município, foi calculado o Grau de implantação da ESF através da fórmula:

$$\text{GIESF (Município)} = \sum \text{GIESF (Unidade)} / \text{Número de unidades pesquisadas}$$

4.8.2 Plano de Análise da Avaliação do Contexto Político-Institucional

A análise dos dados obtidos a partir das entrevistas foi feita utilizando-se unidades de registro para classificar extratos do texto que expressaram os pensamentos e ações dos atores sociais (MINAYO, 2007). As questões da pesquisa foram construídas a partir das categorias analíticas presentes na Matriz de Avaliação da Capacidade de Gestão, que serviram de referência para interpretação dos achados.

As entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas e armazenadas em meio eletrônico, para reduzir vieses e lapsos no momento do tratamento das informações coletadas. Na análise de algumas entrevistas não se conseguiu extrair do conteúdo das falas informações importantes para a análise de determinadas subcategorias do contexto, razão pela qual foram realizados novos contatos com estes atores para permitir a coleta das informações necessárias. Nestes casos os informantes responderam, por escrito, a perguntas direcionadas para os temas específicos.

Foi utilizado o procedimento da análise de conteúdo, para examinar o material a partir das categorias analíticas previamente estabelecidas, buscando uma articulação destas categorias com as categorias empíricas construídas com base nos significados relevantes presentes nos discursos. No tratamento das entrevistas foi utilizada a técnica da análise

temática para identificar os significados que compõem a comunicação e cuja presença pode representar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2006).

Seguindo a seqüência cronológica proposta por Bardin (2006), a análise do conteúdo foi iniciada pela leitura flutuante do material com o objetivo de estabelecer um primeiro contato com as informações. Os passos seguintes foram a identificação e codificação das unidades de registro que corresponderam ao segmento de conteúdo que foi considerado como unidade de base. Em seguida passou-se à categorização, realizada com o objetivo inicial de fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. Sob a chancela das categorias que emergiram das falas dos sujeitos, foram reunidas as unidades de registro em função de caracteres comuns a estes elementos.

As entrevistas foram transcritas e juntamente com os demais dados coletados, foram analisados segundo as categorias: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade, cujos conteúdos mais relevantes foram transportados para a Matriz de Avaliação da Capacidade de Gestão Municipal (Quadro 8), onde foram pontuados a partir da leitura das evidências.

A matriz empregada neste estudo foi uma adaptação da construída em uma conferência de consenso, realizada por um comitê de especialistas, para o projeto de investigação “Avaliação da Descentralização da Atenção à Saúde na Bahia” (SOUZA et al., 2005).

Partindo da análise das categorias à luz do grupo de evidências obtidas, foi estabelecida uma classificação para o nível alcançado por cada uma delas, através da atribuição de pontos. A pontuação obtida pelas categorias analisadas foi comparada ao total de pontos máximos. A classificação de cada categoria foi conseguida pela diferença percentual entre a pontuação máxima e àquela obtida (Tabela 4).

Assim, para cada categoria, subcategoria e na pontuação geral, de acordo com a capacidade de gestão alcançada, o município foi classificado em *incipiente*, *intermediário* e *avançado*, a partir da “imagem-objetivo proposta” (VIEIRA-DA-SILVA et al., 1999).

Foram considerados como pontos de corte para classificação das categorias do contexto político-institucional os seguintes valores, que serão representados por cores:

- a) Incipiente: ≥ 0 e $\leq 33,3\%$ (vermelho)
- b) Intermediário: $> 33,3$ e $\leq 66,6\%$ (amarelo)
- c) Avançado: $> 66,6\%$. (verde)

A capacidade de gestão municipal será dada a partir da análise das subcategorias, entre as quais se destacam a prioridade para a saúde, financiamento do sistema, existência de

iniciativas intersetoriais, perfil do gestor, nível de aprendizado institucional, adequação dos serviços, tipo de habilitação, base de apoio político, autonomia financeira, e capacidade de articulação do gestor.

O grau alcançado pela capacidade de gestão municipal será dado a partir do escore final obtido, de acordo com a fórmula a seguir:

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

Pontuação máxima

Onde:

Pontuação obtida = \sum da pontuação obtida de cada categoria

Pontuação máxima = \sum da pontuação máxima de cada categoria

Categorias*	Subcategorias	Crítérios	Gradação
Projeto de Governo	Saúde como prioridade de Governo Max. 12 pontos	a)Existência de coerência entre o discurso dos entrevistados e o investimento em saúde (6 pts) b)Consistência do Plano de Saúde (6p)	() Avançado: a + b () Intermediário: a ou b
	Financiamento da Saúde Máx. 12 pts Pontos obtidos:	a) % do orçamento executado do município \geq a 15% desde 2004 (6 p) a) Gastos per capita em Real (6 pts) Se > R\$ 300,00 per capita (6 pts) Se \geq R\$ 160,00 e \leq R\$ 300,00 (4 pts) Se Inferior a 160,00 (2 pts)	() Avançado : a + b (> 300,00) () Intermediário: a + b (\geq 160,00 e \leq 300,00)
	Iniciativas Intersetoriais Max. 11 pts Pontos obtidos:	a)Planejamento integrado/Comitê Gestor Misto (4 pts) b)Orçamento próprio para os projetos (4 pts) c)Existência de um projeto implantado 3	() Avançado: a + b + c () Intermediário a + (b ou c)
1.2 Capacidade de Governo Max. 35 pts Pontos obtidos:	Perfil do Gestor Máx. 8 pts Pontos obtidos:	a)Formação do dirigente (4 pts) b)Concepção de um Sistema de Saúde baseado na promoção, prevenção e assistência ; (4 pts)	() Avançado: a + b () Intermediário: a ou b
	Adequação dos quadros técnicos Máx. 8 pts Pontos obtidos:	a)Qualificados por instituições de saúde coletiva; (4 pts) b)Qualificados na área de atuação; (2p) c)Em nº. suficiente () (2 pts)	() Avançado: a + (b + c) () Intermediário: a + (b ou c)
	Planejamento e Avaliação Máx. 8 pts Pontos obtidos:	a)Planejamento constituído/Instrumento de gestão (4 pts) b) Avaliação regular/Produto usado na tomada de decisões (4 pts)	() Avançado: (a + b) () Intermediário: a ou b
	Adequação da Oferta às necessidades da população (Máx.6)	a) Ações e oferta de serviços com base no perfil epidemiológico local (4 pts) b)Implementação exclusivamente dos programas definidos pelo MS (2pts)	() Avançado: a () Intermediário: b
	Modalidade de Gestão Máx. 5 pts	a)Gestão Plena do Sistema Municipal (NOAS 2002) (5 pts) b)Gestão Plena da Atenção Básica	() Avançado: a () Intermediário: b

	Pontos obtidos:	(NOAS 2002) (3 pts)	
1.3 Governabilidade Max. 30 pts Pontos obtidos:	Base de apoio político Máx. 10 pts. Pontos obtidos:	a) Maioria na câmara de vereadores (3) b) Apoio da comunidade (3 pts) c) Apoio dos profissionais de saúde (2) d) Apoio da imprensa (2 pts)	() Avançado: a + b + c + d () Intermediário: a + (b ou c) a + (b ou d)
	Autonomia Financeira Máx. 10 pts Pontos obtidos:	a) Autonomia para utilização dos recursos municipais (5 pts) b) Comissão de Licitação na SMS (3 pts) c) Fundo de Saúde funcionando na Secretaria de Saúde (2 pts)	() Avançado: a + b + c () Intermediário: a + (b ou c)
	Controle Social Máx. 5 pts Pontos obtidos:	a) CMS com perfil propositivo e atuante e membros capacitados (); (3 pts) b) CMS representativo, com atuação regular e deliberativo; (2 pts)	() Avançado: a + b () Intermediário: a
	Capacidade de articulação do gestor municipal Máx. 5 pts Pontos obtidos:	a) Realização de propostas inovadoras; (3 pts) b) Município propositivo nos espaços de negociação (); (1 pt) c) Participação nos órgãos colegiados do SUS (). (1 pt)	() Avançado: a + b + c () Intermediário: a + (b ou c)

Quadro 8 – Matriz de Avaliação da capacidade de gestão (Contexto político-institucional)

Fonte: Souza et al. (2005).

Nota: * As categorias do contexto correspondem a 100 pontos, sendo equivalente ao somatório de suas subcategorias, totalizadas pelos respectivas critérios. A classificação “incipiente” será sempre atribuída por exclusão.

Tabela 4 - Escores obtidos (n e %) pelo município na avaliação das categorias do contexto político-institucional

Categorias	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Subcategorias	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Contexto Político Institucional	100				100		
			n°.				
Projeto de Governo	35			Saúde como prioridade de Governo	12		
				Financiamento da saúde	12		
				Iniciativas Intersetoriais	11		
Capacidade de Governo	35			Perfil do gestor municipal	8		
				Adequação dos quadros técnicos	8		
				Planejamento e avaliação	8		
				Adequação da oferta de serviços	6		
				Modalidade de Habilitação de Gestão	5		
Governabilidade	30			Base de apoio político	10		
				Autonomia financeira	10		
				Controle Social	5		
				Capacidade de articulação do gestor	5		
TOTAL GERAL	100				100		

Fonte: Souza et al. (2005).

5 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo serão apresentados os resultados do grau de implantação alcançado pela Estratégia Saúde da Família em Riacho das Almas e Sairé.

Para descrição do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, foram utilizadas as seguintes categorias de análise: estrutura (equipe, infra-estrutura, equipamentos e insumos) e processo (organização e práticas do serviço, e atenção à saúde), trabalhados a partir dos dados conseguidos através das entrevistas dirigidas realizadas com os atores selecionados.

Na seqüência serão descritos os resultados do grau de implantação dos subcomponentes de cada categoria, depois o grau de implantação por categoria de análise, para ao final se chegar à medida do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família na sua dimensão unitária.

Os graus de implantação foram obtidos após a consolidação dos pontos atribuídos às variáveis analisadas, definidos de acordo com um sistema de escores que considerou pesos diferentes para estrutura e processo, classificando o grau de implantação da ESF em crítico (0 a 4,9), insatisfatório (5,0 a 7,9) e satisfatório (8,0 a 10,0). O sistema de escore empregado neste estudo foi uma adaptação do construído por Felisberto (2001) e usado por Samico (2003) e Bezerra (2006).

5.1 Grau de implantação do Componente Estrutura

Subcomponente Equipe

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família são agentes que podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, desde que estejam suficientemente dispostos e motivados.

A importância da qualificação reside principalmente, na possibilidade de o profissional refletir sobre a mudança de práticas, de valores e sobre o processo de produção

social da saúde. Esta reflexão é fundamental para ampliar as possibilidades de atuação das equipes.

A qualificação da equipe é importante, ainda, para instrumentalizar os profissionais na estruturação do processo de trabalho, seja na área assistencial ou na de planejamento, o que envolve a identificação, o conhecimento e a análise da realidade local, a fim de propor ações capazes de nela intervir.

Quando se avaliou o perfil das equipes de Saúde da Família do município de Riacho das Almas constatou-se que embora 100% (n=5) estejam completas e 80% (n=5) tenham saúde bucal, estas carregam uma fragilidade na sua qualificação que pode comprometer a mudança que se espera desta intervenção, uma vez que apenas 20% (n=5) das equipes fizeram o Treinamento Introdutório e nenhuma delas possui sequer um profissional com Curso de Especialização em Saúde da Família.

Em Sairé, 100% (n=6) das equipes estão completas, com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Duas equipes são assistidas por Equipe de Saúde Bucal. Nenhuma equipe participou do Treinamento Introdutório, mas 50% (n=6) delas têm profissionais com Especialização em Saúde da Família.

Ao contrário de Riacho das Almas, onde só 60% (n=5) das equipes estão com um número de famílias acima do recomendado, 100% (n=6) das equipes de Sairé estão com a população da sua área de abrangência de acordo com o preconizado pela Portaria Ministerial nº.648/GM (BRASIL, 2007c).

Considerando a frequência com que os atributos que compõem o perfil da *Equipe* foram considerados positivos quando comparados às normas e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o grau de implantação, numa escala de 0 a 10, alcançado por **Riacho das Almas** foi de 4,8 (crítico) e por **Sairé** foi de 5,0 (insatisfatório), de acordo com o sistema de escores empregado neste estudo (Tabela 5).

Subcomponente infra-estrutura, equipamentos e insumos

Neste item foram avaliados a tecnologia e os equipamentos necessários para solucionar os problemas de saúde mais comuns numa comunidade. Ou seja, se a unidade de Saúde da Família está estruturada de forma adequada e se está equipada para garantir atenção básica à população sob sua responsabilidade.

Quando se avaliou a disponibilidade de consultório com equipamentos básicos para o atendimento à população de Riacho das Almas e à de Sairé, constatou-se que nenhuma das

equipes dispõem de todos os itens considerados essenciais. A manutenção preventiva de equipamentos não é realizada em Riacho das Almas e em Sairé apenas duas equipes relataram sua realização.

Todas as unidades de Riacho das Almas apresentam privacidade visual e auditiva. Já em Sairé esta recomendação é atendida por apenas três das unidades.

Quanto à exigência de que a unidade tenha uma estrutura que permita o atendimento simultâneo do médico e da enfermeira, 100% das equipes dos dois municípios confirmaram seu cumprimento.

Em Riacho das Almas, em 80% (n=5) das unidades o uso e a distribuição dos ambientes foram programados de acordo com a recomendação dos manuais de implantação da ESF, embora só 40% (n=5) tenham espaço para recepção e espera compatível com a demanda e nenhuma disponha de espaço para reuniões de equipe e atividades dos agentes de saúde. Em Sairé, constatou-se em 66,6% (n=6) das unidades o uso e adequação dos ambientes. Em 83,3% (n=6) das unidades há espaço para recepção e espera compatível com a demanda, embora nenhuma disponha de espaço para reuniões de equipe e atividades dos agentes de saúde.

O fornecimento de material para o trabalho externo do agente de saúde foi confirmado por 100% das equipes dos dois municípios.

A garantia de veículos de apoio para as atividades externas foi confirmada por 80% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 100% (n=6) das equipes de Sairé.

A disponibilidade de equipamentos eletrônicos para realização das atividades educativas só foi constatada em uma das unidades de Saúde da Família de Riacho das Almas e em nenhuma de Sairé.

Considerando a frequência com que os aspectos referentes à *Infra-estrutura, equipamentos e insumos* foram considerados positivos quando comparados critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, por **Riacho das Almas** foi de 5,2 (insatisfatório) e por **Sairé** foi de 5,3 (insatisfatório) (Tabela 5).

Resultado do Grau de Implantação do Componente Estrutura

O grau de implantação alcançado pela estrutura da Estratégia Saúde da Família em **Riacho das Almas** e **Sairé**, respectivamente **5,0** e **5,1**, conforme descrito na Tabela 5, demonstra que os recursos não estão sendo empregados de modo adequado para atingir os

resultados esperados nos dois municípios. Ou seja, quando se comparou os recursos da intervenção com os critérios e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) constatou-se que as equipes não estão qualificadas adequadamente para desempenhar as funções próprias da ESF, nem os recursos (ambiente físico, equipamentos e insumos) são suficientes ou adequados para oferecer o leque completo dos serviços necessários para solucionar os problemas de saúde mais comuns da população sob sua responsabilidade (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Entre os aspectos da estrutura que prejudicaram o desempenho das equipes de Riacho das Almas e Sairé destacam-se: a baixa capacitação dos profissionais, o número excessivo de pessoas acompanhadas pelas equipes, a insuficiência de equipamentos básicos nos consultórios, insuficiência de equipamentos eletrônicos para atividades educativas e espaço inadequado para realização de reuniões de equipe e atividades dos agentes de saúde.

Tabela 5 – Frequência de respostas positivas e escores alcançados pelo Componente Estrutura, Riacho das Almas e Sairé, 2007.

Aspectos considerados / atividades realizadas	Frequência de repostas + / Escore alcançados	
	Riacho das Almas (n=5)	Sairé (n=6)
Componente Estrutura (2,0)	1,0	1,03
Subcomponente Equipe (1,0)	0,48	0,50
Composição da equipe (0,20)	5 0,20	6 0,20
Existência de equipe de Saúde Bucal (0,20)	4 0,16	0 0,00
Adequação da população adscrita (0,20)	2 0,08	6 0,20
Profissionais com Especialização em Saúde da Família (0,20)	0 0,0	3 0,10
Treinamento Introdutório com a equipe (0,20)	1 0,04	0 0,0
Grau de Implantação do subcomponente Equipe	4,8	5,0
Subcomponente estrutura física, equipamentos e insumos (1,0)	0,52	0,53
Equipamentos básicos de consultório (0,10)	0 0,0	0 0,0
Privacidade visual e auditiva dos consultórios (0,10)	5 0,10	3 0,05
Material básico para o trabalho externo do ACS (0,10)	6 0,10	6 0,10
Espaço para recepção compatível com a demanda (0,10)	2 0,04	5 0,08
Programação do uso e adequação dos ambientes (0,10)	4 0,08	4 0,06
Ambulatórios simultâneos do médico e enfermeiro (0,10)	5 0,10	6 0,10
Realização de manutenção preventiva de equipamentos (0,10)	0 0,0	2 0,03
Espaço p/ reuniões de equipe e atividades dos ACS (0,10)	0 0,0	0 0,0
Veículo de apoio para atividades externas (0,10)	4 0,08	6 0,10
Equipamentos eletrônicos para atividades educativas (0,10)	1 0,02	0 0,0
Grau de Implantação do Subcomponente infra-estrutura	5,2	5,3
Grau de Implantação do Componente Estrutura	5,0	5,1

Nota: Classificação do Grau de implantação: crítico (0 a 4,9), insatisfatório (5,0 a 7,9) e satisfatório (8,0 a 10,0).

5.2 Grau de implantação do Componente Organização e Práticas do Serviço

Neste item se avaliou como é o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família no dia a dia das equipes.

Segundo o relato das equipes, os aspectos descritos a seguir são executados por 100% das Equipes de Saúde da Família de Riacho das Almas (n=5) e Sairé (n=6): atualização do cadastro das famílias, planejamento da assistência domiciliar, organização dos prontuários por núcleos familiares e construção sistemática do cronograma de atividades, contemplando tanto os atendimentos individuais quanto aqueles voltados para as ações de promoção e proteção à saúde dos indivíduos e da comunidade.

Em Riacho das Almas, a atualização do cadastro das famílias, a organização dos prontuários por núcleos familiares, o uso do sistema de informação para o planejamento das ações, o planejamento multiprofissional da assistência domiciliar, a construção do cronograma de atividades, o funcionamento da unidade em horário integral e a atenção diferenciada para as famílias em situação de vulnerabilidade social, são aspectos garantidos por 100% (n=5) das equipes, segundo relato dos profissionais entrevistados. O diagnóstico da situação de saúde da população é realizado por 80% (n=5) das equipes. O trabalho multiprofissional (diagnóstico, planejamento e realização das ações), a visita domiciliar como atividade sistemática da equipe, o registro e monitoramento das solicitações de exames para diagnóstico e a comunicação aos usuários sobre a marcação dos seus atendimentos são atividades garantidas por 60% (n=5) das equipes. O registro e monitoramento dos encaminhamentos para referências só são realizados por 40% (n=5) das Equipes de Saúde da Família.

Entre os aspectos que comprometeram o desempenho das equipes de Riacho das Almas estão: só uma equipe desenvolve ações sistemáticas de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família e possui registro dos variados aspectos do seu território e de sua população. Nenhuma das equipes trabalha com mapa no qual deveriam estar registrados os cenários da sua área de atuação. Da mesma forma nenhuma organizou painel de situação de sua área de abrangência. Nenhuma das equipes dedica um período da semana para reunião com todos os seus membros, nem realiza reunião mensal e semestral para avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.

Embora todos os profissionais de nível superior entrevistados tenham relatado que as unidades funcionam em horário integral, constatou-se nas entrevistas com os agentes

comunitários de saúde que quatro médicos trabalham três dias, um médico trabalha quatro dias e os enfermeiros quatro dias, sendo a maioria em regime de horário corrido, das 8:000 às 16:00h.

Em Sairé, a atualização do cadastro das famílias, a visita domiciliar como uma atividade sistemática da equipe, o planejamento multiprofissional da assistência domiciliar, a organização dos prontuários por núcleos familiares, a construção do cronograma de atividades, a comunicação aos usuários sobre marcação de consultas e exames, e o trabalho multiprofissional (diagnóstico, planejamento e realização das ações) são aspectos garantidos por 100% (n=6) das equipes, segundo relato dos profissionais entrevistados.

Os entrevistados relataram que as unidades funcionam em horário integral, com exceção de uma delas que só atende pela manhã, pois os usuários dependem do sistema de transporte escolar da região que só está disponível no primeiro horário. Ressalte-se que, embora as unidades estejam em sua maioria abertas nos dois horários, os médicos e os enfermeiros trabalham quatro dias, em regime de horário corrido das 8:000 às 15:00h.

Nenhuma das equipes de Sairé dedica um período da semana para reunião com seus membros. Todas (n=6) relataram realizar uma reunião mensal para avaliação dos resultados e planejamento da continuidade das ações e apenas uma das equipes relatou realizar avaliação semestral dos resultados alcançados. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é utilizado como ferramenta de planejamento por 50% (n=6) das equipes. O monitoramento dos encaminhamentos para serviços de referência, o acompanhamento das solicitações de exames diagnósticos e a utilização de mapa no qual estão o registro dos variados aspectos do seu território e de sua população foi relatado por 66,6% (n=6) das equipes.

Apenas 50% (n=6) das equipes de Sairé dão atenção diferenciada para as famílias em situação de vulnerabilidade social e realizam diagnóstico da situação de saúde da população, embora este seja um passo essencial para a elaboração de planos de trabalho que produzam impacto sobre as condições sanitárias da população. Só 33,3% (n=6) das equipes desenvolvem ações sistemáticas de esclarecimento à população sobre as características da ESF e apenas uma construiu painel de situação.

Quando se compararam os aspectos referentes à *Organização e Práticas do Serviço* das unidades de Saúde da Família aos critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, por **Riacho das Almas** foi de 5,5 (insatisfatório) e por **Sairé** foi 6,7 (insatisfatório) comprometendo, segundo Contandriopoulos et. al., (1997) as possibilidades de se atingir os resultados esperados pela intervenção (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência de respostas positivas e escores alcançados pelo Componente Organização e Práticas do Serviço, Riacho das Almas e Sairé, 2007.

Aspectos considerados / atividades realizadas	Frequência de repostas + / Escore alcançados	
	Riacho das Almas (n=5)	Sairé (n=6)
Componente Processo (8,0)	5,11	5,69
Componente Processo - Organização e práticas do serviço (4,0)	2,2	2,7
Atualiza o cadastro das famílias (0,20)	5 0,20	6 0,20
Visita domiciliar como atividade sistemática da equipe (0,20)	3 0,12	6 0,20
A unidade de saúde funciona em horário integral (0,20)	5 0,20	5 0,17
Esclarece a população sobre o papel da Saúde da Família (0,20)	1 0,04	2 0,07
Uso do Sistema de Informação para o planejamento (0,20)	5 0,20	3 0,10
Uso de mapa da área de atuação por microáreas (0,20)	0 0,0	4 0,13
Realiza diagnóstico da situação de saúde da população (0,20)	4 0,16	3 0,10
Planeja a assistência domiciliar ouvindo toda a equipe (0,20)	5 0,20	6 0,20
Organização dos prontuários por núcleos familiares (0,20)	5 0,20	6 0,20
Registra os aspectos do território e de sua população (0,20)	1 0,04	4 0,13
Construção do cronograma de atividades (0,20)	5 0,20	6 0,20
Monitora os encaminhamentos para serviços de referência (0,20)	2 0,08	4 0,13
Registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos (0,20)	3 0,12	4 0,13
Comunica aos usuários a marcação de consultas/exames (0,20)	3 0,12	6 0,20
Realiza semanalmente reunião de equipe (0,20)	0 0,0	0 0,0
Realiza mensalmente reunião de avaliação e planejamento (0,20)	0 0,0	5 0,17
Trabalha integrada diagnóstico, planejamento e ações (0,02)	3 0,12	6 0,20
Organiza “painel de situação” com informações do território (0,20)	0 0,0	1 0,03
Realiza avaliação semestral dos resultados alcançados (0,20)	0 0,0	1 0,03
Atenção diferente para as famílias em situação de risco (0,20)	5 0,20	3 0,10
Grau de Implantação da Organização e das Práticas do Serviço	5,5	6,7

Nota: Classificação do Grau de implantação: crítico (0 a 4,9), insatisfatório (5,0 a 7,9) e satisfatório (8,0 a 10,0).

5.3 Grau de implantação do componente Atenção à Saúde

Subcomponente Saúde da Mulher

Em Riacho das Almas o pré-natal encontra-se estruturado em 100% (n=5) das equipes, conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 1995, 2000b, 2002a). As equipes desenvolvem as seguintes ações: diagnóstico da gravidez, classificação do risco gestacional desde a 1ª consulta, acompanhamento do pré-natal de baixo-risco, avaliação do puerpério, exames laboratoriais de rotina, alimentação de sistemas de informação e referência para ultrassonografia obstétrica, pré-natal de alto risco e parto hospitalar (Tabela 7).

Observou-se também que as atividades de caráter eminentemente assistenciais, como a consulta e o encaminhamento para exames de apoio ao diagnóstico, são realizadas com uma frequência maior do que as atividades educativas regulares que só são realizadas por três equipes, as outras duas se limitam a fazer a abordagem individual, durante as consultas.

Em Sairé, das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1995, 2000b, 2002a) para o pré-natal, 100% (n=6) das equipes desenvolvem as seguintes: diagnóstico da gravidez, classificação do risco gestacional desde a 1ª consulta, acompanhamento do pré-natal de baixo-risco, avaliação do puerpério, exames laboratoriais de rotina, referência para ultrassonografia obstétrica e referência para pré-natal de alto risco e parto hospitalar. As equipes de Sairé repetem o mesmo padrão encontrado em Riacho das Almas, ou seja, uma frequência bem maior na realização das atividades de caráter eminentemente assistenciais, executadas na unidade de saúde, como as consultas e o encaminhamento para exames de apoio ao diagnóstico. Esta frequência cai quando é avaliada a realização das atividades educativas regulares, que só são realizadas por quatro equipes.

A captação da gestante ainda no 1º trimestre da gravidez, uma das atividades mais importantes pelo desdobramento sobre as demais, só é realizada por uma equipe de Riacho das Almas e uma de Sairé. Ao avaliar a assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Moura et al. (2003) verificou que 58,2% das gestantes foram captadas precocemente pelo serviço. Quando avaliou a implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas Equipes de Saúde da Família de Camaragibe, Cavalcante (2004) constatou que 100% (n=36) das equipes realizavam a captação das gestantes no 1º trimestre da gravidez, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b).

Em Riacho das Almas e Sairé as atividades voltadas para a prevenção de câncer cérvico-uterino, como a coleta, o encaminhamento dos exames para leitura, a realização da consulta médica para tratamento da cérvico-colpíte e o encaminhamento dos casos positivos para os serviços de referência são garantidas por praticamente 100% das equipes. Quando avaliou o desenvolvimento das ações da prevenção de câncer cérvico-uterino pelas equipes de Saúde da Família de Camaragibe, Cavalcante (2004) constatou que 77% das ações eram realizadas por 92 a 100% das equipes (n=36). Em Camaragibe constatou-se que em 30% das equipes o resultado do exame citopatológico foi entregue com mais de 30 dias após a coleta, 25% das equipes não foram capacitadas para as ações de prevenção de câncer cérvico-uterino.

Em Riacho das Almas uma das equipes não realiza a consulta médica para tratamento da cérvico-colpíte. A garantia de entrega do resultado em até 30 dias após a coleta não é

cumprida por nenhuma das equipes, as quais relatam não existir regularidade na entrega dos exames realizados pelo Laboratório da Secretaria Estadual de Saúde.

Em Sairé cinco equipes relataram haver garantia de referência para os casos positivos. Só duas equipes relataram entregar o resultado do exame em até 30 dias após a coleta. Em Sairé os exames são realizados por um Laboratório contratado pela Secretaria Municipal de Saúde, justamente para agilizar o processo de entrega dos resultados.

Em Riacho das Almas as atividades educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino são realizadas sistematicamente por três equipes (n=5), as outras fazem apenas a abordagem individual. Em Sairé elas são desenvolvidas por quatro equipes (n=6), enquanto duas se restringem à abordagem individual durante a consulta médica, a de enfermagem e a visita domiciliar. A necessidade de ações voltadas para o cuidado e promoção da saúde, tanto das mulheres quanto de seus familiares foi constatada na fala das usuárias de um Distrito de Saúde, em um estudo realizado em Ribeirão Preto (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Das atividades previstas para o Planejamento Familiar, todas as equipes de Riacho das Almas realizam a consulta médica, consulta de enfermagem, orientação sobre métodos contraceptivos e fornecimento de insumos. Nenhum das equipes realiza atividades educativas regulares de Planejamento Familiar.

Em Sairé só três equipes orientem sobre a utilização de métodos contraceptivos e realizem atividades educativas regulares de planejamento familiar, mas todas fornecem medicamentos e métodos contraceptivos.

Um outro aspecto digno de registro diz respeito à qualificação dos profissionais. Embora 100% (n=5) das equipes de Riacho das Almas relatem o uso de protocolos ou manuais do Ministério da Saúde, nenhuma das equipes foi capacitada para o desenvolvimento das atividades do pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino e planejamento familiar. Este perfil se repete em Sairé, onde só 33% (n=6) das equipes foram capacitadas para realização das referidas atividades.

Ao avaliar as atividades referentes ao Planejamento Familiar em Camaragibe, Cavalcante (2004), destacou a capacitação de 52,8% das equipes e a existência de normas em 75% delas. As demais atividades tiveram um desempenho entre 94 e 100% (n=36).

O grau de implantação alcançado pelas ações de Saúde da Mulher, numa escala de 0 a 10, de acordo com o sistema de escores empregado neste estudo, foi de 7,9 em Riacho das Almas, sendo considerado *insatisfatório*, embora esteja há apenas um décimo da classificação satisfatória. Em Sairé, o grau de implantação alcançado foi de 8,2, considerado *satisfatório* (Tabela 7).

Subcomponente Saúde da Criança

A vigilância nutricional compreende principalmente as atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e o combate às carências nutricionais (BRASIL, 2002a). Embora tenha um componente assistencial, esta intervenção concentra-se eminentemente no campo da promoção à saúde e prevenção de doenças, onde o componente educativo assume papel relevante e constitui o eixo central da maioria das atividades preconizadas.

Em relação à vigilância nutricional, 100% das equipes de Riacho das Almas e Sairé realizam captação da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dispõem dos insumos e equipamentos necessários para realização das atividades, utilizam o cartão da criança, fazem agendamento de consulta de puericultura, orientam sobre o aleitamento materno durante o pré-natal e incentivam a utilização do mesmo desde o nascimento. Quanto à visita domiciliar à puérpera e ao bebê na 1ª semana pós-parto, 83% das equipes de Sairé realizam esta atividade, contra 20% (n=5) das equipes de Riacho das Almas.

Apesar da importância do componente educativo para a vigilância nutricional, cerca de 50% das equipes de Riacho das Almas e Sairé realizam apenas a abordagem individual, se limitando a fazer a orientação durante a consulta médica ou de enfermagem, considerada pouco eficaz pelo caráter repetitivo e pela baixa troca de conhecimentos. As atividades educativas regulares só são realizadas por 40% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 50% das de Sairé (n=6), e nenhuma delas dispõe de material educativo voltado para o aleitamento materno e para o acompanhamento e desenvolvimento.

Em estudo realizado para avaliar a implantação do aleitamento materno em unidades básicas da cidade do Recife, Bezerra (2007), constatou que apenas 7,1% (n=84) das equipes de Saúde da Família estão com a ação de incentivo ao aleitamento materno efetivamente implantada, enquanto que 92,8% estão com a ação parcialmente implantada.

Ao avaliar as atividades referentes à Vigilância Nutricional em Camaragibe, Cavalcante (2004), constatou que todos os aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde eram realizados por 100% (n=36) das equipes, à exceção de atividades educativas regulares realizadas por 86% (n=36) das equipes.

Quando se compararam os aspectos referentes às ações de imunização desenvolvidas pelas equipes de Riacho das Almas com as normas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização – PNI (BRASIL, 2001c), constatou-se que todas as atividades previstas são cumpridas por 100% (n=5) das equipes, entre elas estão a disponibilização das vacinas da

rotina, os insumos necessários, o aprazamento de vacinas e a busca ativa dos faltosos. Quanto à capacitação, 80% (n=5) das equipes foram contempladas, embora só 40% refiram o uso de protocolos nas ações de imunização.

Nas equipes de Sairé os únicos itens assegurados por 100% (n=6) das equipes são a disponibilidade das vacinas da rotina e a geladeira exclusiva para armazenamento. O controle diário da temperatura, a busca ativa dos faltosos e o fichário com cartão de aprazamento das vacinas são assegurados por 83% (n=6) das equipes. O armazenamento das vacinas do dia em caixa de isopor é cumprida por cerca de 66% das equipes (n=6).

Em estudo realizado para avaliação da ação programática imunização nas Equipes de Saúde da Família de Olinda, Santos (2006), detectou um baixo grau de implantação nas equipes. Em 100% (n=40) das equipes as atividades estavam parcialmente implantadas.

Ao avaliar os aspectos referentes à imunização em Camaragibe, Cavalcante (2004), constatou que 100% (n=36) das equipes disponibilizavam as vacinas da rotina, tinham geladeira para uso exclusivo do PNI, separavam as vacinas do dia e realizavam busca ativa dos faltosos; 86,1% dispunham de normas para as atividades de imunização; 77,8% tinham fichário com cartão para aprazamento de vacinas; 66,7% realizavam atividades educativas e 41,7% foram capacitadas para o desenvolvimento das atividades de imunização.

A assistência às doenças prevalentes da infância pressupõe a existência de uma rede de serviços que conte com unidades básicas, que vão funcionar como porta de entrada do sistema e unidades de referência ambulatorial e hospitalar, a serem utilizadas, quando necessário, de forma regulada. Das entrevistadas, 100% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 83% (n=6) das de Sairé afirmaram haver garantia de acesso à referência ambulatorial e/ou hospitalar, quando necessário.

Os itens encontrados com maior frequência nas equipes dos dois municípios foram: a disponibilidade de medicamentos para o tratamento das infecções respiratórias agudas e das disenteria/cólera e a existência de nebulizador em funcionamento. Uma equipe de cada município relatou não dispor de medicamento para tratar disenteria/cólera e infecções respiratórias agudas, provavelmente por uma falha de abastecimento, já que os mesmos estavam disponíveis segundo o relato das demais equipes.

A terapia de reidratação oral é realizada na unidade, quando necessário, por 100% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 50% (n=6) das equipes de Sairé. Essa relação se inverteu quando se avaliou a utilização dos sinais preditivos para classificar os casos de pneumonia, 83% (n=6) das equipes de Sairé utilizavam estes sinais, enquanto só 60% (n=5) das equipes de Riacho das Almas os utilizavam para classificar os casos de pneumonia.

Repetindo um padrão já observado anteriormente, as equipes dos dois municípios concentram seu desempenho nas atividades de cunho assistencial, geralmente voltadas para o atendimento individual, relegando a segundo plano as atividades de educação em saúde. Só 40% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 16,6% (n=6) de Sairé realizam atividades educativas regulares dirigidas às doenças prevalentes da infância, as demais restringem esta atividade à abordagem individual, durante as consultas.

Ao avaliar as atividades referentes às doenças prevalentes da infância em Camaragibe, Cavalcante (2004), constatou que 100% (n=36) das equipes utilizavam os sinais preditivos para classificar casos de pneumonia. 75% faziam terapia de Reidratação oral quando necessário, em 66,7% havia nebulizador em funcionamento, 58,3% realizavam atividades educativas e 66,7% das equipes foram capacitadas.

Quando se avaliou a existência de envolvimento multiprofissional para a realização das ações voltadas para a saúde da criança (vigilância nutricional, imunização e assistência às doenças prevalentes da infância) constatou-se que em Riacho das Almas, só uma equipe tinha esta prática, enquanto que em Sairé, ela foi relatada por 100% (n=6) das equipes.

Em relação à capacitação da equipe para o desenvolvimento das ações de saúde da criança (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, para o incentivo ao aleitamento materno, imunização e assistência às doenças prevalentes da infância) 80% (n=5) das equipes de Riacho das Almas relataram haver sido treinadas, enquanto só 33,3% (n=6) das de Sairé confirmaram que receberam capacitação para tal. O uso de normas para o desenvolvimento das ações de saúde da criança foi relatado por 100% (n=6) das equipes de Sairé, enquanto só 40% (n=5) das equipes de Riacho das Almas admitiram usá-las.

Quando se compararam as atividades de vigilância nutricional, de imunização e de vigilância às doenças prevalentes da infância realizadas pelas equipes com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1995, 2002a), o grau de implantação alcançado pelas ações de Saúde da Criança, numa escala de 0 a 10, em Riacho das Almas e Sairé foi de 8,3 sendo considerado satisfatório, de acordo com o sistema de escores empregado neste estudo (Tabela 10).

Subcomponente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Entre as atividades preconizadas para o controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2001b, 2002a), as desenvolvidas com maior frequência pelas equipes de Riacho das Almas foram: o diagnóstico clínico, o cadastramento dos portadores, a referência para diagnóstico

precoce das complicações (exames laboratoriais complementares, ECG, Rx de tórax), realização do 1º atendimento de urgência e a busca sistemática dos pacientes faltosos, realizados por 100% (n=5) das equipes. O acompanhamento dos pacientes (ambulatorial e domiciliar), dos portadores de seqüelas de acidente vascular cerebral no domicílio, fornecimento de medicação e a busca ativa de portadores de HAS, foram realizados por 80% (n=5) das equipes.

As atividades de controle da HAS desenvolvidas com maior freqüência pelas Equipes de Saúde da Família de Sairé foram: o diagnóstico clínico, o cadastramento dos portadores, o fornecimento de medicação e a referência para diagnóstico precoce das complicações (exames laboratoriais complementares, ECG, Rx de tórax) por 100% (n=6) das equipes; o acompanhamento dos pacientes (ambulatorial e domiciliar), dos portadores de seqüelas de acidente vascular cerebral no domicílio e realização de busca sistemática dos pacientes faltosos relatados por 83%.

Quanto à disponibilidade de insumos para a realização do diagnóstico, 100% (n=5) das equipes de Riacho das Almas relataram dispor dos equipamentos necessários para a realização do diagnóstico da HAS, entre eles tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica para adulto. Já em Sairé apenas 50% (n=3) das equipes confirmaram a existência de todos os insumos citados.

Embora todas as equipes realizem as atividades descritas anteriormente, apenas uma equipe de Riacho das Almas e nenhuma de Sairé foram capacitadas para a implantação das ações de controle da HAS. A existência de protocolos foi citada por 20% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 83% (n=6) de Sairé.

As ações educativas sistemáticas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária e tabagismo) são realizadas por 40% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 50% (n=6) de Sairé. As demais equipes limitam sua atuação à abordagem individual durante a consulta médica ou de enfermagem. Só 20% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 30% (n=6) das de Sairé relataram a existência de material educativo para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Quando perguntadas se havia envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle da hipertensão arterial, 60% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 100% (n=6) das de Sairé responderam afirmativamente.

Ao avaliar as atividades de Controle da HAS em Camaragibe, Cavalcante (2004), constatou que a maioria das atividades preconizadas para o controle da hipertensão arterial obteve percentual acima de 80%. Entre estas, o diagnóstico de casos de hipertensão, os

exames laboratoriais complementares, o acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos pacientes. As atividades educativas destacaram-se por terem sido realizadas por 100% (n=36) das Equipes de Saúde da Família.

Quando se compararam as atividades de Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica realizadas pelas equipes com as normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b, 2002a), o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, foi de 7,2 para Riacho das Almas e 7,3 para Sairé, ambos considerados *insatisfatórios* (Tabela 7).

Subcomponente Controle do Diabetes mellitus

Entre as atividades preconizadas para o Controle do Diabetes mellitus pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b, 2002a), as desenvolvidas com maior frequência pelas equipes de Riacho das Almas foram: a investigação de usuários portadores de fatores de risco, o diagnóstico clínico e laboratorial dos casos, o cadastramento dos portadores e a busca sistemática de pacientes faltosos, garantidos por 100% (n=5) das equipes e o fornecimento de medicamento para o controle da doença, o encaminhamento para exames laboratoriais para apoio ao diagnóstico de complicações, a garantia de atendimento de casos graves encaminhados para outro nível de complexidade e o envolvimento multiprofissional na operacionalização do Controle do Diabetes mellitus, por 80% (n=4) das equipes.

As atividades de controle do Diabetes mellitus desenvolvidas com maior frequência pelas Equipes de Saúde da Família de Sairé foram: o diagnóstico clínico e laboratorial dos casos, o cadastramento dos portadores, busca ativa dos casos, acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos pacientes, encaminhamento de casos graves encaminhados para outro nível de complexidade e envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle do Diabetes mellitus, por 100% (n=6) das equipes e a investigação de usuários portadores de fatores de risco, fornecimento de medicamento para o controle da doença, realização de busca sistemática de pacientes faltosos e encaminhamento para exames laboratoriais para apoio ao diagnóstico de complicações, por 83% (n=6) das equipes.

Em Riacho das Almas 60% (n=3) das equipes realizam busca ativa de possíveis casos e acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos pacientes.

Nenhuma das equipes de Riacho das Almas e só uma de Sairé foram capacitadas para a realização das atividades de controle da doença e 40% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 83% (n=6) das de Sairé relataram fazer uso do protocolo do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de controle do Diabetes mellitus

A monitorização do paciente através de glicemia capilar pela equipe de Saúde da Família é realizada por 20% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 67% (n=6) das de Sairé. Algumas equipes relataram que apesar da existência do glicosímetro na unidade de saúde, não existe um fornecimento regular das fitas para realização do procedimento.

Nenhuma equipe de Riacho das Almas e apenas duas de Sairé realizam o 1º atendimento de urgência às complicações agudas e outras intercorrências na unidade de Saúde da Família, sendo estes casos encaminhados para a unidade hospitalar.

Nenhuma das equipes de Riacho das Almas e só duas de Sairé relataram executar ações educativas para o controle de condições de risco (história familiar, controle do peso, hipertensão, história obstétrica, orientação alimentar e atividade física) e para a prevenção de complicações (conhecimento sobre a doença, cuidados com os pés, cessação do tabagismo, cessação do alcoolismo, controle da hipertensão e das dislipidemias). As outras limitam à orientação à abordagem individual realizada durante as consultas.

Ao avaliar as atividades de Controle da Diabetes mellitus em Camaragibe, Cavalcante (2004), constatou que as atividades de diagnóstico, busca ativa dos casos, referência para exames e o envolvimento profissional foram positivos em 100% (n=36) das equipes. O fornecimento de medicamentos para o controle da doença foi de 69,4% e a monitorização dos pacientes pela glicemia capilar realizada em 36,1% das equipes.

Quando se comparou as atividades de *Controle da Diabetes mellitus* realizadas pelas equipes com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b, 2002a), o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, foi de 6,3 em Riacho das Almas e 7,8 em Sairé, ambos considerados *insatisfatórios* (Tabela 7).

Subcomponente Controle da Tuberculose

Como nem todas as equipes apresentaram pacientes com tuberculose em 2007, elas foram orientadas a relatar que atividades elas estariam aptas a desenvolver em caso de acompanhamento de pacientes portadores de tuberculose. Entre as atividades preconizadas para o controle da Tuberculose pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, 2002b), as equipes de Riacho das Almas realizam ou estariam aptas para tal: identificação dos sintomáticos respiratórios, notificação dos casos, cadastramento dos portadores e realização de busca aos pacientes faltosos, 100% (n=5) das equipes; realização de exame clínico dos sintomáticos respiratórios e comunicantes de casos, 80% das equipes.

Entre as atividades de Controle da Hanseníase 100% das equipes de Sairé relataram estar aptas a realizar a notificação dos casos, cadastramento dos portadores, busca de pacientes faltosos e 83% a identificação dos sintomáticos respiratórios, realização de exame clínico dos sintomáticos e comunicantes, e acompanhamento clínico de comunicantes.

Quanto à garantia de acesso à baciloscopia para diagnóstico e fornecimento dos medicamentos necessários para o tratamento dos portadores de tuberculose 100% das equipes de Riacho das Almas (n=5) e Sairé (n=6) conformaram seu cumprimento.

Entre os aspectos que prejudicaram o desempenho das equipes estão a incapacidade de 80% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 67% (n=6) das de Sairé de realizarem o tratamento dos pacientes nas três modalidades preconizadas pelo protocolo (na própria unidade, supervisionado e auto-administrado) e a falta de capacitação de 100% das equipes de Riacho e 67% de Sairé. Nenhuma das equipes de Riacho e apenas uma de Sairé realizam atividades educativas regulares para divulgação dos sinais e sintomas da Tuberculose.

Ao avaliar as atividades de Controle da Tuberculose em Camaragibe, Cavalcante (2004), constatou que o tratamento supervisionado foi realizado por 21% das equipes, as atividades educativas foram desenvolvidas por 55% das equipes e 64% foram capacitadas para as ações de controle da tuberculose. Estudo realizado por Rocha et al. (2000) constatou que após a implantação de modelo de excelência no controle da Tuberculose no município do Rio de Janeiro, houve aumento de 85,7% na captação dos casos novos, de 181,8% na captação dos sintomáticos respiratórios e o abandono foi reduzido a 0.

Conclui-se que a eficácia do Controle da Tuberculose passa pela integração dos vários atores responsáveis, demandando esforços e uma metodologia apropriada em torno de objetivos comuns pactuados, processo que deve ser reproduzido em municípios, como Riacho das Almas e Sairé onde a detecção de casos novos está aquém do esperado.

Quando se compararam as atividades de Controle da Tuberculose realizadas pelas equipes com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, 2002b), o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, foi de 6,5 em Riacho das Almas e 7,2 em Sairé, considerados ambos insatisfatórios (Tabela 7).

Subcomponente Controle da Hanseníase

Como nem todas as equipes estudadas apresentaram pacientes com hanseníase em 2007, elas foram orientadas a relatar qual conduta tomariam ou que atividades elas estariam aptas a desenvolver em caso de acompanhamento de pacientes portadores de hanseníase.

Entre as atividades preconizadas para o controle da Hanseníase (BRASIL, 2002a, 2002c), 100% das equipes de Riacho das Almas relataram estar aptas a realizar: identificação de sintomáticos dermatológicos, notificação dos casos, cadastramento dos portadores, acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos casos e busca aos pacientes faltosos e 80% a realizar exame clínico dos sintomáticos dermatológicos e comunicantes de casos.

Entre as atividades de Controle da Hanseníase 100% (n=6) das equipes de Sairé relataram estar aptas a realizar a busca aos pacientes faltosos e 83% estar aptas a identificar os sintomáticos dermatológicos (na demanda espontânea, na visita domiciliar e na investigação epidemiológica), realização de exame clínico dos sintomáticos dermatológicos e comunicantes de casos, notificação dos casos e cadastramento dos portadores.

Todas as equipes, de ambos os municípios, confirmaram a garantia de medicamento para o tratamento dos casos de hanseníase.

Em relação ao diagnóstico clínico dos casos, 60% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 33% (n=6) das equipes de Sairé relataram que não estão aptas a realizar a classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares), e quando necessário encaminham o paciente para uma unidade de referência.

Quanto à realização de medidas preventivas, 60% (n=5) das equipes de Riacho das Almas e 33% (n=6) das equipes de Sairé relataram não se sentirem aptas para realizá-las, especialmente o acompanhamento clínico dos comunicantes. Mesmo diante da evidente necessidade de intensificar as ações para identificação de possíveis portadores, nenhuma das equipes de Riacho das Almas e apenas uma de Sairé realizam atividades sistemáticas para divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase.

Cinco equipes de Sairé e uma de Riacho das Almas foram capacitadas para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase.

Quando se compararam as atividades de Controle da Hanseníase realizadas pelas equipes com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, 2002c), o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, foi de 6,7 para Riacho das Almas e 7,5 para Sairé, ambos considerados insatisfatório (Tabela 7).

Subcomponente Saúde Bucal

Em relação à atenção em saúde bucal, 80% (n=5) das unidades de Saúde da Família de Riacho das Almas têm assistência odontológica sendo uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família.

Embora Sairé tenha duas equipes de Saúde Bucal da Família, nenhuma delas funciona dentro das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações em Unidades de Saúde da Família.

Dentre os aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) para a atenção à Saúde Bucal são garantidos pelas equipes de saúde de Riacho das Almas: o registro das atividades, a disponibilidade de equipo odontológico completo, disponibilidade de materiais e insumos (equipamento de proteção individual, material odontológico de consumo, material educativo para a população, formulários e fichas de atendimento), instrumental (para exame clínico, para dentística, periodontia básica, cirúrgico básico e para urgência), realização dos procedimentos odontológicos (consulta odontológica, restauração, remoção de tártaro, exodontia e tratamento de hemorragias) e realização de atendimento para os primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas. As atividades educativas em saúde bucal são desenvolvidas em três das unidades cobertas pelas equipes de Saúde Bucal.

Ainda em relação à existência de equipamentos odontológicos, embora as equipes possuam caneta de alta rotação e fotopolimerizador, como nenhuma delas dispõe de amalgamador, este item ficou negativo para todas.

Quanto à existência de serviço de referência, a avaliação deste aspecto foi considerada negativa para todas as equipes, porque nem todos os serviços considerados obrigatórios (tratamento endodôntico, serviços de periodontia e serviços de urgência e emergência) estão disponíveis para a população.

Embora se reconheça a ampliação da oferta de ações de saúde bucal em Riacho das Almas, ficou evidente a falta de integração dos profissionais de saúde bucal com o restante da equipe, o que acarreta uma participação incipiente destes profissionais nas atividades multiprofissionais e uma priorização da abordagem isolada do indivíduo, reproduzindo o processo de trabalho típico das unidades básicas tradicionais. Isto foi evidenciado pela constatação de que em nenhuma das áreas cobertas pelas equipes de Saúde Bucal foram realizados os procedimentos coletivos preconizados (levantamento epidemiológico, escovação supervisionada, evidenciação de placa e fluoroterapia intensiva) para a prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes.

Quando se compararam as ações de Saúde Bucal realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, com os critérios e as normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, foi de 5,4 para Riacho das Almas, considerado insatisfatório. Como Sairé não pontuou, seu grau de implantação foi considerado crítico (Tabela 7).

Resultado do grau de implantação das ações de atenção à saúde

Embora enfoquem todos os integrantes da vigilância à saúde (promoção, prevenção e assistência à saúde), as Equipes de Saúde da Família de Riacho das Almas e Sairé concentram suas intervenções eminentemente no campo assistencial, onde a abordagem individual assume papel relevante e constitui o eixo central da maioria das atividades desenvolvidas, reproduzindo o modelo hegemônico nas unidades tradicionais de saúde.

O grau de implantação alcançado pela Atenção à Saúde em Riacho das Almas e Sairé, considerado insatisfatório em ambos os municípios, poderia ser melhorado se alguns aspectos que apresentaram um baixo desempenho fossem reforçados, especialmente aqueles referentes às atividades de promoção e prevenção da saúde, bastante negligenciados pelos profissionais de nível superior.

Neste sentido os aspectos que mais contribuíram para esse resultado foram o incipiente desenvolvimento de atividades regulares direcionadas para a prevenção das doenças, promoção da saúde e para o controle das condições de risco e a baixa capacitação das Equipes de Saúde da Família para execução das ações estratégicas referentes à Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hipertensão Arterial, Controle do Diabetes mellitus, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Assistência em Saúde Bucal.

De um modo geral, precisam ser intensificadas as ações que envolvem a equipe como um todo e reforçadas as atividades realizadas fora da unidade, a exemplo da captação precoce das gestantes na comunidade, a fim de garantir a implementação das possíveis intervenções de saúde em tempo hábil, aspecto que faz o cadastramento das gestantes ainda no 1º trimestre essencial à garantia da qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2000b).

Em Sairé destacou-se ainda o fato das equipes de saúde bucal não estarem desenvolvendo suas atividades nas Unidades de Saúde da Família. Mesmo considerando que só recentemente o município passou a receber os recursos referentes a estas atividades, a equipe poderia estar trabalhando com os escolares, por exemplo, realizando procedimentos coletivos para prevenção de problemas odontológicos ou desenvolvendo atividades educativas.

Considerando a frequência com que foram realizadas as ações de Atenção à Saúde, o grau de implantação alcançado, numa escala de 0 a 10, foi de 7,3 em Riacho das Almas e 7,5 em Sairé, ambos considerados insatisfatórios (Tabela 7).

Tabela 7 – Frequência de respostas positivas e escores alcançados pelo Componente atenção à Saúde, Riacho das Almas e Sairé, 2007.

Aspectos considerados / atividades realizadas	(continua)			
	Frequência de repostas + / Escore alcançados			
	Riacho das Almas (n=5)		Sairé (n=6)	
Componente Processo - Atenção à Saúde (4,0)	2,91		2,99	
Grau de Implantação do Subcomponente Saúde da Mulher (0,8)	0,63	7,9	0,66	8,2
Pré-Natal (0,32)	0,28		0,28	
Diagnostica e acompanha o pré-natal de baixo risco (0,096)	5	0,13	6	0,13
Cadastramento de gestantes no 1º trimestre da gravidez (0,064)	1	0,01	1	0,01
Avaliação do puerpério (0,032)	5	0,03	6	0,03
Referencia para exames laboratoriais e ultrassonografia (0,064)	5	0,06	6	0,06
Referencia para pré-natal de alto risco e parto hospitalar (0,032)	5	0,03	6	0,03
Realiza atividades educativas regulares no pré-natal (0,032)	3	0,02	4	0,02
Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino (CCU) (0,224)	0,17		0,19	
Realiza coleta e garante a realização do citopatológico (0,064)	5	0,06	6	0,06
Garantia de entrega do resultado em até 30 dias (0,032)	0	0,0	2	0,01
Realiza busca ativa dos casos positivos (0,032)	5	0,03	6	0,03
Consulta médica para tratamento da cérvico-colpite (0,032)	4	0,03	6	0,03
Garantia de referência formal para os casos positivos (0,032)	5	0,03	5	0,03
Realização de atividades educativas regulares (0,032)	3	0,02	4	0,02
Planejamento Familiar (0,128)	0,09		0,09	
Realização de consulta médica e/ou de enfermagem (0,032)	5	0,03	5	0,02
Orientação sobre métodos contraceptivos (0,032)	5	0,03	3	0,02
Fornecimento de métodos contraceptivos (0,032)	5	0,03	6	0,03
Realização de atividades educativas regulares (0,032)	0	0,0	3	0,02
Questões Complementares da Saúde da Mulher (0,128)	0,09		0,10	
Equipe capacitada para realizar ações de Saúde da Mulher(0,032)	0	0,0	2	0,01
Existem normas do MS para realização das ações (0,032)	5	0,03	5	0,03
Registro diário do atendimento (cartão, ficha ou prontuário)(0,032)	4	0,03	6	0,03
Envolvimento multiprofissional para realização das ações (0,032)	4	0,03	6	0,03
Grau de Implantação do Subcomponente Saúde da Criança (1,0)	0,83	8,3	0,83	8,3
Vigilância Nutricional (0,36)	0,31		0,34	
Captção de criança para acompanhar o crescimento (0,08)	5	0,08	6	0,08
Disponibilidade de cartão, insumos e equipamentos (0,08)	5	0,08	6	0,08
Agendamento de consulta de puericultura (0,04)	5	0,04	6	0,04
Orienta o aleitamento materno exclusivo desde o pré-natal (0,08)	5	0,08	6	0,08
Visita domiciliar à puérpera/bebê na 1ª semana pós-parto (0,04)	1	0,01	5	0,03
Atividades educativas regulares dirigidas ao CD e AM (0,04)	2	0,02	3	0,02
Programa Nacional de Imunização (0,24)	0,23		0,20	
Disponibilidade das vacinas preconizadas pelo PNI (0,08)	5	0,08	6	0,08
Controle diário da temperatura fora da geladeira (0,04)	5	0,04	5	0,03
Armazenamento das vacinas do dia em caixas de isopor (0,04)	5	0,04	4	0,03
Fichário com cartão de aprazamento das vacinas (0,04)	4	0,03	4	0,03
Busca ativa de faltosos (0,04)	5	0,04	5	0,03
Doenças Prevalentes da Infância (0,28)	0,23		0,19	
Sinais preditivos para classificar os casos de pneumonia (0,04)	3	0,02	5	0,03
Medicamentos para as atendimentos das IRA (0,04)	5	0,04	5	0,03
Existência de nebulizador em funcionamento (0,04)	5	0,04	5	0,03
Realização de TRO na unidade quando necessário (0,04)	5	0,04	3	0,02
Disponibilidade de medicamentos para disenteria/cólera (0,04)	4	0,03	5	0,03
Garante o acesso à referência ambulatorial e/ou hospitalar (0,04)	5	0,04	5	0,03
Realiza atividades educativas regulares dirigidas às DPI (0,04)	2	0,02	1	0,01
Questões Complementares da Saúde da Criança (0,12)	0,06		0,10	
Capacitação da equipe para as ações de saúde da criança (0,04)	4	0,03	2	0,02
Usa normas para as ações do CD, AM, imunização e DPI (0,04)	2	0,02	6	0,04
Envolvimento multiprofissional para realização das ações (0,04)	1	0,01	6	0,04

Tabela 7 – Frequência de respostas positivas e escores alcançados pelo Componente Atenção à Saúde, Riacho das Almas e Sairé, 2007.

Aspectos considerados / atividades realizadas	(conclusão)			
	Frequência de repostas + / Escore alcançados			
	Riacho das Almas (n=5)		Sairé (n=6)	
Grau de Implantação do Controle da Hipertensão Arterial (0,6)	0,43	7,2	0,44	7,3
Diagnóstico clínico e cadastramento dos portadores (0,08)	5	0,08	6	0,08
Disponibilidade dos insumos para realização do diagnóstico (0,04)	5	0,04	3	0,02
Acompanhamento dos pacientes, inclusive dos sequelados (0,08)	4	0,06	5	0,07
Fornecimento de medicação para o Controle da HAS (0,04)	4	0,03	6	0,04
Busca ativa de casos novos e de pacientes faltosos (0,08)	5	0,08	5	0,07
Referência para exames laboratoriais, ECG e Rx de tórax (0,04)	5	0,04	6	0,04
Realização do 1º atendimento de urgência (0,04)	5	0,04	4	0,03
Ações educativas para controle de condições de risco (0,08)	2	0,03	3	0,02
Equipe capacitada para a implantação do controle da HAS (0,04)	1	0,01	0	0,0
Uso de normas/protocolos do MS para o controle da HAS (0,04)	1	0,01	5	0,03
Ação multiprofissional para o Controle da HAS (0,04)	3	0,02	6	0,04
Grau de Implantação do Controle do Diabetes mellitus (0,6)	0,38	6,3	0,47	7,8
Diagnóstico do Diabetes e cadastramento dos portadores (0,08)	5	0,08	6	0,08
Investigação de usuários portadores de fatores de risco (0,04)	5	0,04	5	0,03
Medicação e referência para apoio ao diagnóstico (0,08)	4	0,06	5	0,07
Busca de casos novos e acompanhamento dos portadores (0,08)	3	0,05	6	0,08
Realização de busca sistemática de pacientes faltosos (0,04)	5	0,04	5	0,03
1º atendimento de urgência às complicações agudas (0,04)	0	0,0	2	0,01
Garantia da referência para os casos graves (0,04)	4	0,03	6	0,04
Ações educativas para controle das condições de risco (0,04)	3	0,02	3	0,02
Equipe capacitada para implantação do controle do DIA (0,08)	0	0,0	1	0,01
Uso de normas/protocolos do MS para o controle do DIA (0,04)	2	0,02	5	0,03
Envolvimento multiprofissional nas ações de controle (0,04)	4	0,03	6	0,04
Subcomponente Controle da Tuberculose (0,4)	0,26	6,5	0,29	7,2
Busca ativa dos sintomáticos respiratórios (0,04)	5	0,04	5	0,03
Realização de exame clínico para diagnóstico de casos (0,04)	4	0,03	5	0,03
Tratamento dos casos (0,04)	1	0,01	2	0,01
Garantia de acesso a baciloscopia e aos medicamentos (0,08)	5	0,08	6	0,08
Cadastramento dos portadores e realização de busca de faltosos (0,08)	5	0,08	6	0,08
Prevenção (BCG e acompanhamento de comunicantes) (0,04)	3	0,02	5	0,03
Capacitação da equipe para execução das atividades (0,04)	0	0,0	2	0,01
Realização de ações educativas para prevenção (0,04)	0	0,0	1	0,01
Subcomponente Controle da Hanseníase (0,4)	0,27	6,7	0,30	7,5
Busca ativa, notificação de casos e cadastro dos portadores(0,08)	5	0,08	5	0,07
Exame clínico para diagnóstico dos casos (0,04)	4	0,03	5	0,03
Realização de classificação clínica dos casos (0,04)	2	0,02	4	0,03
Acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos casos (0,04)	5	0,04	4	0,03
Garante medicação e realiza de busca aos faltosos (0,08)	5	0,08	6	0,08
Prevenção (BCG e acompanhamento de comunicantes) (0,04)	2	0,02	4	0,03
Equipe capacitada para o desenvolvimento das ações (0,04)	1	0,01	5	0,03
Ações educativas para prevenção da Hanseníase (0,04)	0	0,0	1	0,01
Subcomponente Saúde Bucal (0,2)	0,11	5,4	0,0	0
Realização de procedimentos coletivos (0,02)	0	0,0	0	0,0
Realiza atividades educativas em Saúde Bucal (0,02)	3	0,01	0	0,0
Cadastramento dos usuários (0,02)	4	0,02	0	0,0
Disponibilidade de equipamentos, materiais e instrumentais (0,1)	4	0,08	0	0,0
Existência de tratamentos especializado de referência (0,02)	0	0,0	0	0,0
1º atendimento das urgências odontológicas não agendadas(0,02)	4	0,02	0	0,0
Grau de Implantação do Componente Atenção à Saúde		7,3		7,5

Nota: Classificação do Grau de implantação: crítico (0 a 4,9), insatisfatório (5,0 a 7,9) e satisfatório (8,0 a 10,0).

5.4 Resultado do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família nos municípios de Riacho das Almas e Sairé

É inegável que a implantação da ESF nos municípios estudados contribuiu para a expansão da atenção básica e para ampliação de cobertura da atenção à saúde. Estudos anteriores já comprovaram esta tendência, como a investigação realizada com 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, entre 1998 e 2000, que revelou que o processo de descentralização induzido pelo Governo Federal, possibilitou a estruturação e ampliação da oferta de serviços, não só da atenção básica, mas a partir da sua organização, também da atenção de média e alta complexidade (VIANA et al., 2002).

Nesta fase da pesquisa foi realizada uma avaliação que resultou no julgamento da ESF, comparando os recursos empregados (equipe de saúde, infra-estrutura, equipamentos e insumos) e o processo desenvolvido (organização do trabalho, prática dos serviços e a atenção à saúde), com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), quando se analisa a estrutura, procura-se saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, e quando se analisa o processo procura-se saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados.

Quando se analisaram os aspectos referentes às características das equipes, se constatou que no município de Riacho das Almas, o número de famílias acompanhadas pelas equipes está acima do recomendado pela Portaria nº. 648/GM, enquanto que em Sairé, a população adscrita está de acordo com os parâmetros estabelecidos, que recomenda o acompanhamento em torno de 3.000 pessoas por equipe, podendo chegar ao máximo de 4.000 pessoas (BRASIL, 2006c). Em ambos os municípios, há uma baixa qualificação dos profissionais para o desenvolvimento das habilidades que se espera de uma equipe de Saúde da Família, não só na atenção à saúde, mas também na área de planejamento, o que lhes permitiria identificar, conhecer, analisar e construir propostas de intervenção na realidade local.

Quanto a infra-estrutura e equipamentos, se constatou que a deficiência de alguns recursos podem vir a comprometer os resultados esperados pela estratégia: a insuficiência de equipamentos básicos nos consultórios, a falta de manutenção preventiva dos mesmos, a inexistência de equipamentos eletrônicos para realização de atividades educativas e a falta de espaço para as reuniões de equipe e atividades dos agentes comunitários de saúde.

Ao se comparar os aspectos referentes à organização e práticas do serviço com os critérios e normas, constata-se que atividades características do modelo proposto pela ESF não estão sendo desenvolvidas ou o estão de forma incipiente em Riacho das Almas, como o esclarecimento da população sobre o papel da Saúde da Família, o planejamento das atividades baseado no diagnóstico de saúde da população adscrita, o registro dos aspectos do território e de sua população, a realização de reunião semanal de equipe, realização de reunião mensal de avaliação e planejamento das atividades, reunião de avaliação semestral dos resultados alcançados, monitoramento dos encaminhamentos para serviços de referência e o trabalho multiprofissional para o diagnóstico, planejamento e realização das ações. Entre as atividades características da estratégia Saúde da Família, observou-se um avanço na postura das equipes de Riacho das Almas em relação à utilização do Sistema de Informação (SIAB) para o planejamento das ações, realização do diagnóstico da situação de saúde da população e organização dos prontuários por núcleos familiares.

Em Sairé constatou-se avanço no desenvolvimento de características do modelo proposto pela ESF, como o envolvimento multiprofissional para realização do diagnóstico, planejamento e realização das ações, o registro dos aspectos do território e de sua população, a organização dos prontuários por núcleos familiares, a realização de reunião mensal de avaliação e planejamento das atividades e a utilização de mapa da área de atuação discriminada por micro área. Ainda são desenvolvidos de forma incipiente, o diagnóstico de saúde da população, a utilização do Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB) para o planejamento das ações, o esclarecimento da população sobre o papel da ESF, o planejamento das atividades baseado no diagnóstico de saúde da população adscrita, a realização de reunião semanal de equipe e de reunião semestral para avaliação dos resultados alcançados.

A análise da atenção à saúde revelou um considerável avanço na organização e garantia dos aspectos que se referem ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das ações programáticas, especialmente as ações de saúde da mulher e da criança. O grau de implantação das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde foi menor em relação ao controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, da tuberculose e da hanseníase. Quanto à Saúde Bucal, Riacho das Almas já apresenta avanços em relação à sua estruturação, enquanto que em Sairé ela ainda é considerada crítica.

O cenário muda para pior quando o foco sai da assistência, que privilegia a abordagem individual, e se volta para as atividades coletivas. Nas equipes de ambos os municípios, destacaram-se a insuficiência de atividades educativas regulares voltadas para a promoção da saúde, prevenção das doenças e controle das condições de risco.

Não obstante os avanços identificados os dois municípios obtiveram um grau de implantação da ESF insatisfatório, uma vez que não estão explorando adequadamente o potencial desta intervenção para a transformação da realidade de saúde local (Quadro 9 e Apêndice D).

DIMENSÃO	COMPONENTE	GIESF RIACHO POR COMPONENTE	GIESF SAIRÉ POR COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	GIESF RIACHO POR SUBCOMPONENTE	GIESF SAIRÉ POR SUBCOMPONENTE
ESTRUTURA	CONCEITO (0 - 2)	1,0	1,03	Equipe	0,48	0,50
				Equipamentos/Insumos	0,52	0,53
PROCESSO	ORGANIZACIONAL CONCEITO (0 - 4)	2,2	2,7		2,2	2,7
	ATENÇÃO À SAÚDE CONCEITO (0 - 4)	2,91	2,99	Mulher	0,63	0,66
				Criança	0,83	0,83
				HAS	0,43	0,44
				DM	0,38	0,47
				Tuberculose	0,26	0,29
				Hanseníase	0,27	0,30
				Saúde Bucal	0,11	0,0
GIESF – Grau de Implantação da Estratégia Saúde da Família (Geral por Município)					6,11	6,72

Quadro 9- Grau de implantação da Estratégia Saúde da Família geral e desdobrado por subcomponente, Riacho das Almas e Sairé, 2007.

6 RESULTADO DA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

Neste capítulo serão apresentados os resultados da análise do contexto político-institucional realizada nos municípios de Riacho das Almas e Sairé.

Buscando dar validade ao estudo, a abordagem do contexto, utilizou como referencial teórico, o triângulo de Matus (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade), com o qual foram comparados os resultados empíricos dos estudos de caso (HARTZ et al., 1997).

Segundo Denis e Champagne (1997, p. 74) “Esta forma de generalização se apóia no confronto da configuração empírica de vários casos similares a um quadro teórico particular, para verificar se há réplica dos resultados de um caso para o outro”.

Segundo Matus (1996), o *projeto de governo* se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos gestores municipais visando o alcance de seus objetivos. A *capacidade de governo* corresponderia aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações. E a *governabilidade* tem a ver com as condições necessárias à implementação das ações propostas, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social.

Sabe-se que a realidade social, por ser dinâmica, complexa e repleta de conflitos, está em permanente movimento, impondo mudanças na trajetória dos acontecimentos, independente da vontade dos atores envolvidos. Para compreendê-la, Matus (1996), propõe que ela seja analisada como um todo, indivisível, ou seja, todas as dimensões que a compõem devem ser consideradas.

Neste sentido a análise do contexto envolveu a avaliação de atributos que conferem maturidade à gestão e que, conseqüentemente, influenciam o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família.

O sistema de escore adotado neste estudo para classificar o grau de capacidade da gestão, desenvolvido por Vieira-da-Silva et al. (1999), estabeleceu os seguintes pontos de corte para cada categoria, subcategoria e na pontuação geral: o município que atingiu um valor menor ou igual a 33,3% da pontuação máxima proposta foi considerado *incipiente* (vermelho). Foi considerado *intermediário* (amarelo) aquele município que atingiu entre 33,3 e 66,6% da pontuação máxima. Quando o município atingiu um percentual igual ou acima de 66,6% foi considerado *avançado* (verde).

6.1 Resultado da análise do contexto político-institucional de Riacho das Almas

A análise do contexto político-institucional de Riacho das Almas foi feita a partir da pesquisa documental e a partir das entrevistas que foram transcritas e analisadas segundo as categorias propostas, cujas evidências mais relevantes foram transportadas para a Matriz de Análise da Capacidade de Gestão, onde foram pontuadas, possibilitando a classificação do município por cada uma das categorias de análise (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade) e pelo seu conjunto (capacidade de gestão) (Tabela 9).

O município de *Riacho das Almas* atingiu um escore global de 42%, tendo sido classificado em *intermediário* na capacidade de gestão a partir da imagem-objetivo proposta.

Quando se avaliou separadamente as categorias do contexto político-institucional, oscilou entre incipiente e intermediário. A pior classificação foi obtida pela capacidade de governo, considerada baixa, com 31,4%, enquanto que o projeto de governo e a governabilidade conseguiram uma razoável pontuação de 45,7% e 50% respectivamente.

A avaliação do contexto político-institucional de Riacho das Almas mostrou que entre os itens melhores avaliados encontram-se o financiamento da saúde e a modalidade de habilitação da gestão, Plena do sistema municipal, que obtiveram uma graduação *avançada* ambas com 100%. A base de apoio político e a autonomia financeira também foram bem avaliadas, obtendo uma graduação intermediária, com 60% e 70% respectivamente.

Chama a atenção entre as subcategorias analisadas a não pontuação dos itens: iniciativas intersetoriais, adequação dos quadros técnicos, planejamento e avaliação e capacidade de articulação do gestor, todos considerados essenciais como parte de um conjunto de ações mobilizadoras de práticas e projetos da gestão municipal voltadas para a modificação do modelo assistencial.

Na avaliação os menores percentuais foram obtidos quando se analisou a adequação da oferta de serviços, que obteve uma classificação de 33,3%, seguida do desempenho do controle social, que atingiu 40%. A análise dos aspectos referentes à prioridade de governo para a saúde revelou um desempenho intermediário, atingindo um patamar de 50%, assim como o perfil do gestor municipal, que também foi classificado como intermediário, classificado em 50%.

Tabela 9 - Escores Obtidos (nº. e %) por Riacho das Almas na Avaliação das Categorias do Contexto Político-Institucional

Categorias	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Subcategorias	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Nível - Contexto Político Institucional	100				100		
Projeto de Governo	35	16	45,7	Saúde como prioridade de Governo	12	6	50,0
				Financiamento da saúde	12	10	83,0
				Iniciativas Intersetoriais	11	0	0,0
Capacidade de Governo	35	11	31,4	Perfil do gestor municipal	8	4	50,0
				Adequação dos quadros técnicos	8	0	0,0
				Planejamento e avaliação	8	0	0,0
				Adequação da oferta de serviços	6	2	33,3
				Modalidade de Habilitação da Gestão	5	5	100,0
Governabilidade	30	15	50,0	Base de apoio político	10	6	60,0
				Autonomia financeira	10	7	70,0
				Controle Social	5	2	40,0
				Capacidade de articulação do gestor	5	0	0,0
TOTAL GERAL	100	42	42%		100	42	42%

Fonte: Souza et al. (2005). Classificação: *Incipiente*: ≥ 0 e $\leq 33,3\%$ (vermelho); *Intermediário*: $> 33,3$ e $\leq 66,6\%$ (amarelo) ou *Avançado*: $> 66,6\%$. (verde) (VIEIRA-DA-SILVA et al., 1999).

6.1.1 Categoria Projeto de Governo

Do total de 35 pontos possíveis de serem alcançados, a categoria Projeto de Governo obteve 16 pontos (45,7%), assim distribuídos: saúde como prioridade de governo obteve 6 dos 12 possíveis (50%), financiamento da saúde obteve 10 dos 12 pontos possíveis (83%) e iniciativas intersetoriais não pontuou. Os escores finais (nº. e %) alcançados pelo município de Riacho das Almas na avaliação da categoria Projeto de Governo, à luz do grupo de evidências obtidas, foram apresentados na Tabela 9.

O escore global alcançado pela categoria *Projeto de Governo* no município de Riacho das Almas foi de 45,7%, tendo sido classificado em *intermediário* no que se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos dirigentes locais visando o alcance de seus objetivos (MATUS, 1996). Entre as subcategorias avaliadas, a prioridade para a saúde classificou o município como intermediário. Apesar dos investimentos em saúde serem coerentes com o discurso dos gestores, o Plano de Saúde, documento formal que deveria apresentar a política de saúde municipal, é inconsistente quando trata das diretrizes, prioridades, objetivos, metas a serem atingidas, estimativa de gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor. Os gastos efetivos com saúde também classificaram o município como intermediário, porque embora este tenha cumprido a regra da evolução progressiva de aplicação de percentuais chegando a 15% em 2004 (EC-29), seus gastos per capita com saúde foram inferiores a R\$ 300,00 por habitante. Como não cumpriu nenhum dos critérios avaliados em relação à última subcategoria, o município foi classificado como incipiente em relação à existência de iniciativas intersetoriais.

6.1.1.1 Subcategoria saúde como prioridade de governo

Foi verificado se havia coerência entre o discurso dos entrevistados e o investimento em saúde. Além disso, observou-se no Plano Municipal de Saúde se havia consistência entre problemas priorizados e ações propostas;

Em Riacho das Almas a prioridade para a saúde está intrinsecamente relacionada com o projeto político desenvolvido no município nos últimos 15 anos por um grupo que elegeu a saúde como bandeira política. Até o rompimento ocorrido recentemente, o grupo foi liderado

por um médico que foi Secretário de Saúde, depois Prefeito por dois mandatos e por fim elegeu seu sucessor.

Os entrevistados afirmaram que saúde é prioridade do governo municipal, embora tenham tido dificuldade em expressar claramente o porquê desta afirmação. As falas a seguir se referem às colocações feitas pelos entrevistados ao serem perguntados se achavam que saúde era prioridade de Governo:

Com certeza, nosso Prefeito é um Prefeito esclarecido, é professor, então é uma pessoa que tem uma visão bem ampla. Então ele dá total apoio [...] As propostas são sempre voltadas para a melhoria da população. Atualmente a gente não ta implantando novos serviços, ta tentando melhorar o que já existe para que eles se tornem cada vez melhor [...] (GS 1)

Eu acredito, eu acredito... o PSF é um exemplo disso. Olhe, a gente sabe que o PSF ele foi uma conquista muito grande [...], eu acredito que não só a particularidade desse município como os demais municípios, é buscar mais ainda uma qualidade de vida melhor para os usuários, pra população do município em si (GS 2).

Eu acredito que sim, porque ele está investindo muito também em saneamento [...] aquela área que não tem calçamento e que não tem saneamento, e as vezes o governo não investe em saneamento, porque o saneamento vai ficar coberto, ninguém está vendo o saneamento, ele investe mais em obra que seja visível ao povo e que traga resultado para eles e eu acredito que ele está investindo bem, não o quanto deveria investir, ele deveria investir muito mais, mas que ta caminhando (CMS 1).

Acho, acho. Antes era muita burocracia para o paciente chegar até o médico [...] hoje eles têm médicos dentro da sua casa, foi uma coisa que mudou 100% diante da sociedade e que trouxe benefícios [...] (CMS 2).

Eu acho que sim, porque eu acho assim, é como eu te falei, eu acho assim, eu acho que ficou melhor né? (CMS 3).

Sim, apesar de todas as dificuldades a população de Riacho das Almas são bem assistidas. Temos um hospital que realizam consultas, exames laboratorial, exames como ultrassonografia, endoscopia, Rx etc (ACS 4).

Sim, porque todos trabalha em equipe e o governo tem obrigação de ter responsabilidade com a saúde do seu município. Sim ele é quem tem o poder de tudo, só ele que pode fazer algo pela comunidade (ACS 5).

Ao ser perguntada sobre a influência dos diversos atores sociais na determinação das prioridades para a saúde, a Secretária de Saúde respondeu que o parecer do corpo técnico, propostas do Conselho Municipal de Saúde, sugestões de outras esferas de gestão, demandas da comunidade, pressão dos meios de comunicação e incentivos financeiros do Ministério da Saúde tinham uma alta influência sobre o estabelecimento das prioridades, enquanto que as

solicitações de políticos locais tinham uma influência média, embora ela tenha ressaltado que a proximidade do período eleitoral deve aumentar a influência política.

Um dado que reflete a prioridade da saúde em Riacho das Almas, se refere aos recursos investidos na área. De 2000 a 2006, por exemplo, houve um evidente investimento na saúde, período em que o percentual do orçamento executado (gastos com saúde) do Tesouro Municipal girou em torno de 22,4% (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE, 2007). Identificou-se também, a partir de 1998, uma expansão da rede básica de saúde, com a implantação de cinco unidades de Saúde da Família, o que determinou uma cobertura de 83% da população.

A análise do Plano Municipal de Saúde de Riacho das Almas para o período 2006-2009, outro aspecto considerado para mensurar a prioridade dada para a saúde, revelou uma inconsistência entre os problemas priorizados e as ações propostas, as quais por sua vez não tinham relação com o perfil epidemiológico local.

Além disso, no Plano de Saúde, itens como as diretrizes estabelecidas, as prioridades definidas, as estimativa de metas a serem atingidas, as estimativa de recursos e de gastos, as estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, são superficiais ou não estão contemplados.

Os trechos a seguir representam exemplos de inconsistência e da inexistência de instrumentos concretos, como o controle e a avaliação, para realização das atividades propostas:

Estratégia de Ação: Através de um planejamento plurianual (2006/2009) desenvolver ações a curto e médio prazo; Articulação com Ministério e a Secretaria Estadual de Saúde através de seus órgãos de planejamento, administração, saúde e recursos humanos; Empenho para levar as ações de Saúde e saneamento à população rural do município; Implementar cada dia mais a rede de serviços básicos de saúde como também os serviços de média complexidade (RIACHO DAS ALMAS, 2006a, p.34).

O controle será permanente e direto sobre todos os serviços assistenciais ambulatoriais, hospitalares e de prevenção, voltado à qualidade do atendimento aos usuários, à quantidade de serviços pertinente ao Plano de Saúde, à capacidade instalada, à conformidade das contas médicas com os serviços efetivamente produzidos e a resolutividade dos atendimentos (RIACHO DAS ALMAS, 2006a, p.41).

Ao final da avaliação considerou-se que o município de Riacho das Almas alcançou uma classificação *intermediária* em relação à prioridade dada para a saúde, pois embora exista coerência entre o discurso dos entrevistados e o investimento feito em saúde, o Plano

Municipal de Saúde se mostrou inconsistente em relação às prioridades estabelecidas para a saúde e as ações propostas para concretizá-las.

6.1.1.2 Subcategoria Financiamento da Saúde

Verificou-se se o percentual do orçamento executado, gastos com saúde do Tesouro Municipal, foi maior ou igual a 15% desde 2004, conforme determinação da Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Ao ser perguntada sobre o cumprimento da EC-29, que estabelece que os municípios devem gastar no mínimo 15% dos recursos próprios na saúde, a gestora de saúde respondeu:

Sim, hoje a gente já gasta até mais de 15%. Ta com uma média de 20 a 21% de repasse de recursos próprios do município para a Secretaria Municipal de Saúde. E a obrigação é 15%, mas a gente ta com uma média de 20 a 21% (GS 1).

No Gráfico 2, observa-se que Riacho das Almas investe mais de 15% de recursos próprios na saúde desde 2000, embora os percentuais mínimos de vinculação previstos pela Resolução nº. 322/CNS, fossem 7% (2000), 8,6% (2001), 10,2% (2002) 11,8% (2003) e 15% (2004). Observe-se que a partir de 2001, o percentual mínimo a ser aplicado em Riacho das Almas passou a ser 15%, porque ainda segundo a Resolução, o município que atingisse 15% antes de 2004 não poderia mais reduzi-lo nos anos subsequentes (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE, 2007).

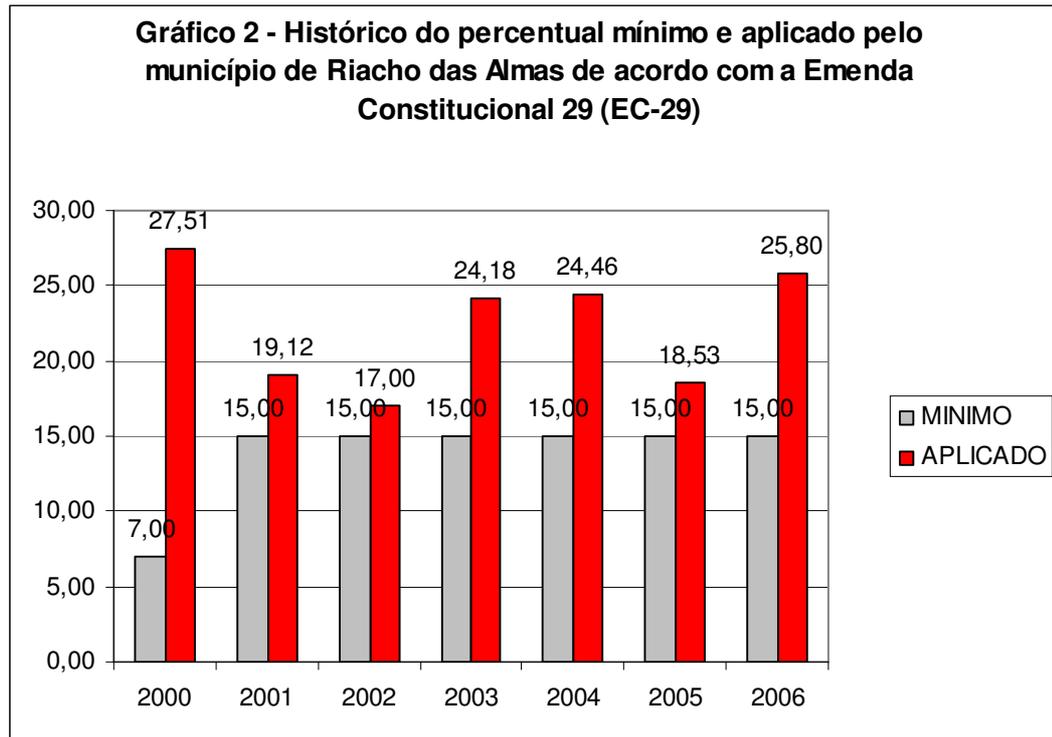


Gráfico 2- Histórico do percentual mínimo e aplicado pelo município de Riacho das Almas de acordo com a emenda constitucional 29 (EC29).

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (2007)

As informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, mostram que no 1º semestre de 2007, a participação da receita própria do município de Riacho das Almas aplicada em saúde, conforme a EC-29, foi de 18,14%, mantendo o nível de investimento estabelecido nos anos anteriores (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 2007).

Quando perguntados sobre se os recursos investidos na saúde eram suficientes para atender as necessidades da população, os agentes comunitários fizeram as seguintes observações:

Não, porque além de ter o Programa da Farmácia Básica funcionando ainda tem muita falta de medicamento para o paciente que não pode comprar, sobretudo os mais pobres do município que é muito carente (ACS 2).

Não, na minha opinião falta muito para ser feito. Falta medicação nos PSF, falta de mais dentistas, que a comunidade é bastante grande e os dias de atendimento são muito pouco [do PSF] (ACS 3).

Não, precisa vim mais, porque a cada dia aumenta a população. A maior preocupação é a falta de medicamento, xarope, vitamina que não estão vindo mais [Kit medicamento para USF] (ACS 4).

Não, eu acho que ainda falta muito para que seja resolvido o problema da população, principalmente no setor de saneamento e água de boa qualidade (ACS 5).

Outro critério utilizado para avaliar o financiamento da saúde foi o gasto público per capita, obtido pela razão entre o gasto total em saúde, sob responsabilidade do município, por habitante, no ano base 2006. Em 2006, a despesa total com saúde sob responsabilidade do município de Riacho das Almas foi de R\$ 203,86 por habitante, classificando o município como intermediário (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 2007).

Para efeito de contextualização, no Brasil os gastos públicos em saúde não alcançam R\$ 200,00 (duzentos reais) per capita. Já os países desenvolvidos investem entre US\$ 800 a US\$ 2.000 (oitocentos e dois mil dólares) per capita e os países do terceiro mundo entre US\$ 300 e US\$ 500 (trezentos e quinhentos dólares) per capita (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Considerando o percentual do orçamento gasto com saúde do Tesouro Municipal e o gasto público per capita em saúde, o município de Riacho das Almas foi classificado como *intermediário* quanto ao financiamento da saúde.

6.1.1.3 Subcategoria iniciativas intersetoriais

Foram consideradas iniciativas intersetoriais aquelas ações articuladas entre a saúde e outros setores, para as quais existisse planejamento integrado, comitê gestor composto pelos entes envolvidos e orçamento próprio para os projetos.

As entrevistas revelaram a pouca clareza ou a ausência de entendimento sobre a proposta de intersetorialidade. A Gestora do PSF do município de Riacho das Almas, por exemplo, destacou o Programa Bolsa Alimentação como uma ação intersetorial, quando na verdade é um programa federal, coordenado localmente pela Secretaria de Ação Social, sem que haja um envolvimento efetivo da Secretaria Municipal de Saúde. Os entrevistados consideraram como evidência da implantação de ações intersetoriais a realização de algumas ações conjuntas com outras Secretarias Municipais, sem nenhuma ligação com um projeto coordenado pelos gestores com a intenção de abordar um problema de saúde pública:

Olha a gente trabalha sempre em parceria, com a Ação Social, com a Educação. Agora mesmo a gente ta com um Projeto de Saúde Escolar, numa parceria da saúde com a Educação, para um trabalho com 300 adolescentes que estudam na escola, que tenham problemas auditivos, então a gente vai começar este projeto agora. Além desse tem outros, como o consórcio que fornece óculos. A gente trabalha muito em parceria com a Ação Social [...] (GS 1).

Sim, as ações que a gente desenvolve é quando, normalmente, alguém precisa. [...] as equipes fazem visitas, a gente vê que existem outras necessidades, a gente aciona a Ação Social, como já aconteceu, por exemplo, com um idoso que estava sofrendo maus tratos. [...] Então a gente ta sempre buscando os trabalhos em conjunto (GS 1).

Tem, tem sim, todas as ações que a gente procura fazer a gente busca parceria das outras Secretarias, Educação, Cultura, então a gente procura interagir com as demais Secretarias (GS 2)

Sim, a Educação, Assistência Social, onde pedem a colaboração dos ACS e enfermeiros, que eles avaliam os desenvolvimento das crianças as vezes descobre algumas irregularidades (ACS 4).

Neste sentido, embora a gestora municipal tenha feito referência ao trabalho intersetorial realizado com as Secretarias de Educação e Assistência Social, a incorporação dessas práticas ainda é muito incipiente e limitada a ações que não fazem parte de um projeto estruturado para este fim.

O equívoco recorrente sobre o que seria intersetorialidade foi identificado numa série de estudos de casos, realizados pela Organização Panamericana de Saúde, em cooperação técnica com países da América Latina e Caribe, nos anos de 1983, 1984, 1989 e 1990, cujos resultados revelaram que a maioria das ações desenvolvidas entre os diversos setores, mesmo com um elevado nível de organização, eram na verdade atividades conjuntas, não sendo consideradas ações intersetoriais, exceto as analisadas em Cuba (NOVAES, 1990).

Considerando que dos critérios adotados para avaliação da existência de iniciativas intersetoriais não foram atendidos pela gestão, o município foi classificado como *incipiente*.

6.1.2 Categoria Capacidade de Governo

Do total de 35 pontos possíveis de serem alcançados, a categoria Capacidade de Governo obteve 11 pontos (31,4%), assim distribuídos: perfil do gestor obteve 4 pontos (50%), adequação dos quadro técnicos não pontuou, planejamento e avaliação não pontuou,

adequação da oferta de serviços à necessidade da população obteve 2 pontos (33,3%) e a modalidade de gestão obteve 5 pontos (100%). Os escores finais alcançados na avaliação da categoria Capacidade de Governo, foram apresentados na Tabela 9.

O escore global alcançado pela categoria *Capacidade de Governo* em Riacho das Almas foi de 31,4%, classificado como *incipiente*, o que lhe confere uma baixa capacidade de conduzir e gerenciar adequadamente o Sistema de Saúde (MATUS, 1996). Entre as subcategorias avaliadas a Modalidade de Gestão atingiu 100% da pontuação, sendo o município classificado como avançado por estar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), segundo a NOAS SUS 01/02 (BRASIL, 2002a). Na subcategoria Perfil do Gestor, o município foi classificado como intermediário, porque embora a gestora tenha formação na área de saúde coletiva, a mesma não conseguiu imprimir na saúde a concepção da atenção integral (promoção, prevenção e assistência). A não pontuação das subcategorias Adequação dos Quadros Técnicos e Planejamento e Avaliação e a baixa pontuação da subcategoria Adequação da Oferta as Necessidade da População (33%), que classificaram o município em incipiente, foram resultados surpreendentes considerando que um município na condição de GPSM deveria dispor de quadros técnicos qualificados e em número suficiente, estrutura de planejamento, controle e avaliação, bem como uma alta capacidade de organizar a oferta dos serviços com base no perfil epidemiológico e social da sua população.

6.1.2.1 Subcategoria perfil do Gestor Municipal

Nas duas últimas gestões e início da terceira, de 1997 a 2006, a Secretaria de Saúde esteve sob a gestão de uma médica com formação na área de saúde pública e esposa do Prefeito, o que lhe conferia uma alta capacidade de governo. Após uma ruptura política do grupo hegemônico na política local nos últimos 13 anos, a Secretária de Saúde foi substituída por uma assistente social, técnica da Secretaria Municipal de Assistência Social, que embora já tenha ocupado cargo de direção na área de saúde em outro município, não possuía nenhuma experiência como gestora municipal. Entre os itens que a mesma destacou para justificar sua indicação para o cargo estão a capacidade de liderança, a confiança pessoal do Prefeito e a experiência administrativa. Destacou que não tem relação de parentesco com nenhum ocupante de cargo público e que a indicação política não teve nenhum peso para sua escolha, uma vez que não é ligada a partidos políticos.

Apesar da inexperiência, como um dos critérios adotados para avaliar o perfil do gestor foi sua formação na área de saúde coletiva, este item foi considerado contemplado, uma vez que a gestora municipal relatou ter curso de Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estácio de Sá, do Rio de Janeiro. Atualmente a mesma está cursando a especialização em Gestão de Sistemas de Saúde.

Embora a concepção de um Sistema de Saúde local baseado na promoção, prevenção e assistência esteja presente no discurso do gestor, o grau de implantação da ESF e a análise de documentos institucionais como Plano de Saúde e Relatório de Gestão, demonstram uma incoerência entre o discurso e a prática. Constatou-se que as atividades características do modelo assistencial baseado na concepção de vigilância em saúde (promoção, prevenção e assistência), tendo como base as unidades de Saúde da Família não estão sendo desenvolvidas ou o estão de forma incipiente em Riacho das Almas.

6.1.2.2 Subcategoria adequação dos quadros técnicos

Em relação à adequação dos quadros técnicos verificou-se se os assessores diretos da Secretaria de Saúde possuíam formação ou especialização em saúde coletiva e se havia um número suficiente de profissionais qualificados em suas áreas específicas de atuação.

Considerando que Riacho das Almas é habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o município deveria contar com uma equipe técnica para garantir o atendimento em saúde da sua população, nos níveis da atenção básica, da média e alta complexidades. Estas responsabilidades incluem a execução das ações da atenção básica, a oferta de procedimentos de média complexidade possíveis de serem realizados no seu território, a regulação dos serviços de média e alta complexidade realizados fora de seu território e o controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde.

De acordo com o Relatório de Gestão (RIACHO DAS ALMAS, 2006), a Secretaria de Saúde contaria com a seguinte estrutura para gerenciar os serviços de saúde e responder por estas obrigações:

- Departamento de Assistência à Saúde: composto pelas Divisões de Assistência Hospitalar, Assistência Ambulatorial, Apoio ao Diagnóstico e Programas Especiais;

- Departamento de Vigilância à Saúde: composto pelas Divisões de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- Departamento de Administração e Finanças: composto pelas Divisões de Administração de Pessoal e Transportes, e Processamento de Dados;
- Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria.
-

Ocorre que pelo relato dos entrevistados e pela dinâmica de organização da Secretaria de Saúde percebeu-se que o organograma apresentado não correspondia à realidade. Quando indagados sobre o processo de trabalho e sobre a existência de quadros técnicos suficientes e qualificados, os entrevistados fizeram os seguintes relatos:

Não, eu acho que não é suficiente, precisaria mais. Como a gente já tá com a folha inchada, a gente tem dificuldade de contratação. Tem pessoas que assumem mais de uma função, isso é notável. Mas, eu tenho uma equipe boa, que trabalha comigo. Eu tenho uma chefe de gabinete, uma secretária, uma coordenadora do PSF, que está sempre junto trabalhando. Nós temos a equipe de informática, de controle e avaliação. Ninguém trabalha só, tem de trabalhar em equipe. A gente consegue dividir isso (GS 1).

Eu desempenho também, eu ajudo muito [...] Eu sou ordenadora de despesa. E aí eu fiz questão de entrar no Fundo [Municipal de Saúde] e aprender tudo que se passava dentro do Fundo, né? De um empenho, de uma liquidação [...] fiz capacitações para os agentes de saúde na área de DST, de hepatite, de AIDS, que é uma área que eu gosto muito, então eu mesma fiz a capacitação com todos os agentes (GS 1).

Aqui eu acho que sim. O ideal seria que eu ficasse só com a Coordenação do Programa Saúde da Família e fosse outra pessoa, enfermeira, só pra lá [Unidade Mista Municipal], mas, como essas coisas, assim, a gente infelizmente não tem muito poder sobre isso, a gente vai levando (GM 2).
Eu acho assim, que poderia ser melhor, às vezes é muita coisa pra uma pessoa só fazer, entendeu? Muitos programas, criança de risco, pré-natal, o SIAB [Sistema de Informação da Atenção Básica], deveria ter mais gente, no caso. [...] Não, não tem [Departamento de Assistência à Saúde], tem a Coordenadora [PSF], as meninas da epidemiologia (CMS 2).

A Coordenação da ESF está formalmente subordinada à Divisão de Programas Especiais, do Departamento de Assistência à Saúde, mas não foram encontradas evidências de funcionamento destas estruturas. A Coordenação do Programa, o monitoramento das equipes e a articulação com as demais instâncias da Secretaria de Saúde estão sob responsabilidade da Coordenadora, que não dispõe de equipe de apoio técnico:

Aqui no PSF eu respondo por todo o gerenciamento do Programa, mas no Hospital eu apenas sou a enfermeira que dou um suporte, lá tem a Diretora (GS 2).

Não, não, fora eu que sou Coordenadora, não, não existe uma Diretora de Saúde. Não, é diretamente aqui. O PSF, ela [a Diretora do Hospital] é tudo ligado diretamente a Secretária [de Saúde] (GS 2).

A coordenadora assumiu o cargo há nove meses, a convite da atual gestora. É uma enfermeira com experiência na assistência, mas sem formação na área de saúde coletiva. Ingressou no serviço público há cerca de 10 anos, passando por diversas funções entre as quais, enfermeira do PACS/PSF, diarista e plantonista de unidade hospitalar e Coordenadora de PSF. Questionada se fizera algum curso que pudesse ajudá-la a desempenhar sua função, respondeu “olhe, eu vou ser bem sincera com você, curso não, eu, graças a Deus eu adquiri muito conhecimento assim, nas reuniões, nos encontros, mas especificamente não”.

Em relação à Vigilância à Saúde não existem técnicos qualificados respondendo pelas áreas de epidemiologia, vigilância sanitária ou vigilância ambiental.

Também não foram identificados técnicos da área de Planejamento, Controle e Avaliação. O conteúdo do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 revela a baixa qualificação do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde:

Programa de Desenvolvimento Institucional: Como base nos princípios da descentralização, hierarquização, integração e envolvendo a participação social, lançou-se como política de estratégia situacional, o estabelecimento de procedimentos técnico-administrativos, estimulando a prática preventiva e ampliando a conduta assistencialista, de acordo com as necessidades emergentes da população. Dessa forma o desenvolvimento institucional do Setor Saúde em Riacho das Almas alcançará patamares mais elevados e pragmáticos, à medida que as transformações forem ocorrendo, de forma eficiente, eficaz e efetiva (RIACHOS DAS ALMAS, 2006a, p. 17).

Mecanismos Políticos Gerenciais: O Sistema Unificado de Saúde -SUS- é a alternativa para a formalização dos mecanismos políticos gerenciais propostos, isso pela condição ímpar de poder pôr em prática as medidas requeridas a este apoio político-administrativo de que necessitam os diferentes seguimentos de sistema e para que se efetive uma real reorganização dos setores de saúde do Estado. (RIACHOS DAS ALMAS, 2006a, p. 23).

A pesquisa documental, a avaliação da estrutura técnico-operacional da Secretaria Municipal de Saúde e as entrevistas demonstraram a insuficiência e a desqualificação dos profissionais para garantir o cumprimento das responsabilidades inerentes ao nível de gestão assumida pelo município.

6.1.2.3 Subcategoria planejamento e avaliação

Foi averiguado se o planejamento estava formalmente constituído, a regularidade de suas atividades e sua utilização como instrumento de gestão e a existência ou não da avaliação e suas características (regular e usado pelo gestor na tomada de decisões).

As análises dos documentos institucionais (RIACHO DAS ALMAS, 1999, 2001, 2006a, 2006b) revelaram que o único componente do Planejamento que consta na estrutura organizacional da Secretaria Municipal é o Controle, Avaliação e Auditoria.

Embora o Serviço Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria tenha sido criado formalmente pelo Decreto Municipal nº.04 de 23 de março de 1999 (RIACHO DAS ALMAS, 1999), para atender exigência do processo de municipalização, na prática ele não chegou a ser constituído. O Plano Municipal de Saúde 2006-2009, propõe a criação do mesmo:

O presente documento vem propor o estabelecimento e implantação de um sistema de acompanhamento, controle e avaliação, baseado no plano de ação do Município de Riachos das Almas, através de formação de comissão específica, cujo início está previsto para outubro do corrente ano [2006] (RIACHO DAS ALMAS, 2006a, p. 41).

A Central de Regulação e Assistência à Saúde foi outra estrutura criada formalmente, através da Portaria nº.001/2001, de 29 de agosto de 2001, com o objetivo de normatizar o acesso dos usuários do SUS aos serviços e controlar, avaliar e auditar os serviços ambulatoriais e de internação hospitalar, integrantes do Sistema Municipal de Saúde (RIACHO DAS ALMAS, 2001).

Ao final constatou-se que a única estrutura em funcionamento na Secretaria Municipal de Saúde é a Central de Marcação de Consultas, que passa ao largo das funções de monitoramento e avaliação, se limitando a controlar a marcação de exames de apoio ao diagnóstico e consultas especializadas para as unidades de referência, localizadas no município de Caruaru, conforme acordo realizado durante o processo de Programação Pactuada Integrada (PPI) (RIACHO DAS ALMAS, 2006b).

Outros indícios da incipiência da estrutura de Planejamento, Controle e Avaliação foram encontrados em documentos institucionais (RIACHO DAS ALMAS, 2006a, 2006b), cujos conteúdos revelam a desqualificação dos técnicos. O Relatório de Gestão, por exemplo, que deveria tomar como referência a programação anual e representar, essencialmente, uma análise do cumprimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, se limitou a

apresentar um consolidado dos relatórios dos sistemas de informação, sem análise crítica ou prestação de contas sobre o desempenho da Secretaria de Saúde, caracterizando.

Nas entrevistas realizadas para coleta de informações sobre o desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação, se destacaram as seguintes declarações:

Tem. A gente tem uma equipe de Controle e Avaliação. De planejamento eu digo assim, deixa um pouco a desejar, porque é como eu lhe digo, o número de profissionais precisaria ampliar e principalmente nessa área de planejamento. É onde a gente precisaria mesmo ter pessoas para ta nos ajudando, nos apoiando. Controle e Avaliação a gente tem, tem um trabalho muito bom, uma equipe muito boa, a questão da informática [Processamento do SIA e SIH], sabe? [...] (GS 1).

É feita [Avaliação] no dia a dia, pelas queixas dos próprios ACS, pelas dificuldades que eles enfrentam, mas a gente também faz isto periodicamente, a gente ta sempre fazendo reuniões com esses agentes, visitando as unidades para sentir a necessidade deles de perto, certo? [...] E reuniões a gente ta sempre fazendo periodicamente, com a equipe, médico e enfermeiro, como também só com os agentes, para identificar as dificuldades e tentar solucionar-las (GS 1).

[...] Hoje estamos com essa proposta [sobre avaliação de indicadores]. Inclusive já pedi a Coordenadora pra fazer um levantamento de todos os indicadores do ano inteiro para no final do ano a gente fazer uma apresentação em datashow para todos eles [profissionais de saúde], mostrando a eles como é que estava e como é que está hoje, e o que precisa melhorar [...] (GS 1).

[Se utiliza alguma referencial de Planejamento] Não, a gente vê esta questão do conhecimento adquirido e também parte pra outras referências, inclusive o próprio Estado tem boas referências neste sentido, assim, a gente tem, utiliza como, o modelo, o próprio modelo da Secretaria Estadual de Saúde [Não soube descrever o modelo de Planejamento citado] (GS 2).

6.1.2.4 Subcategoria adequação da oferta de serviços às necessidades da população

Foi analisada a incorporação de ações programáticas de saúde e a oferta de serviços pela Secretaria de Saúde, para saber se a mesma era adequada ao perfil epidemiológico local ou se havia implementação dos programas federais.

No que se refere aos aspectos políticos e de organização do setor saúde, embora em meados da década de 80 fossem implantadas as primeiras ações programáticas em saúde no contexto da descentralização das unidades básicas de saúde anteriormente gerenciadas pela

Secretaria Estadual de Saúde, a maior parte dos investimentos foi alocada quase exclusivamente na rede hospitalar.

Essa situação só viria a se alterar no final da década de 90, a partir da qual houve um considerável aumento na oferta dos serviços de atenção básica, com a implantação e expansão da ESF. A Secretaria de Saúde implantou as ações programáticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, Controle da Diabetes Mellitus, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Saúde Bucal) sem, no entanto, considerar o perfil epidemiológico e social da sua população para organizar a oferta das mesmas e abrindo mão da utilização de instrumentos gerenciais que poderiam qualificar este atendimento, como o planejamento, monitoramento das ações e a realização de diagnóstico de saúde.

A assistência secundária, representada pelas consultas especializadas e apoio ao diagnóstico, não se estruturou a partir da definição das necessidades da população. Em decorrência da inexistência de uma estrutura ambulatorial especializada, pública ou privada, as ações de média complexidade são ofertadas na Unidade Mista, a partir da lógica da disponibilidade de especialistas e não da necessidade destes especialistas. A Unidade Mista realiza os seguintes procedimentos de média complexidade: consultas em cardiologia, cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e endocrinologia, e raio-x, ultrassonografia, endoscopia e fisioterapia (RIACHO DAS ALMAS, 2006b).

Alguns serviços de média e alta complexidade foram “comprados” ao município de Caruaru e São Joaquim do Monte, por ocasião da Programação Pactuada Integrada (PPI). Entre eles estão as consultas em dermatologia, neurologia, psiquiatria, urologia, reumatologia, cirurgia vascular e os exames ecocardiografia, eletroencefalografia, eletroneurografia, cintilografia, tomografia, mamografia, colonoscopia e teste ergométrico. Muitos pacientes são enviados para consultas/exames especializados em Recife, sem nenhum tipo de pactuação com os Gestores Municipal e Estadual.

Não foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde estudos que comprovem a adequação da oferta de serviços de média complexidade à necessidade da população, mas a Gestora Municipal falou da dificuldade para garantir o atendimento dos usuários nos serviços de referência:

Existem muitas dificuldades. A gente tem um trabalho até organizado, a gente tem uma Central de Regulação, que a gente faz um trabalho muito bom, levando esses pacientes pra fora. Mas agente comprou alguns serviços e alguns serviços não são oferecidos. A gente comprou e assim, a gente tem tido muita dificuldade de negociar. [...] Não, não está sendo garantido [a pactuação]. Nem com Caruaru, nem lá [São Joaquim do Monte]. Lá eles se

organizaram e o que a gente comprou eles estão querendo cumprir. E com Caruaru a gente tem tido também muita dificuldade para que cumpra a pactuação (GS 1).

Em relação à atenção hospitalar, realizada na Unidade Mista, não houve uma preocupação em adequar essa unidade para ser referência. Mesmo com a expansão da rede básica, que passou a cobrir 100% da população em 2006, não houve uma adequação da oferta dos serviços hospitalares às necessidades dessa rede. Em 2006, por exemplo, 34% dos partos normais, 30% do 1º atendimento em clínica médica, 75% do primeiro atendimento em pediatria e 84% dos internamentos de criança com pneumonia foram realizados em unidades hospitalares fora do município. Do total de partos de munitípes de Riacho das Almas, em 2007, a Unidade Hospitalar local realizou 86% dos cesáreos e 66% dos normais, quando o esperado seria ocorrer o inverso (BRASIL, 2007b).

Em 2006, por exemplo, os recursos investidos na saúde totalizaram R\$ 3.433.939,14, sendo R\$1.858.958,80 repassados pelo Governo Federal e R\$ 1. 574.980,34 de recursos próprios do Tesouro Municipal. Do total repassado pelo Fundo Nacional de Saúde, R\$ 955.799,32 foi para atenção básica, R\$ 737.162,40 foi para a média e alta complexidade e R\$ 166.997,10 para outros programas (BRASIL, 2007d; RIACHO DAS ALMAS, 2006b). Além destes recursos, o município de Caruaru recebe recursos federais para ser referência para Riacho das Almas na assistência de média complexidade ambulatorial e hospitalar, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI) (PERNAMBUCO, 2006).

Ressalte-se que o município gasta em torno de R\$ 200,00 por habitante (SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 2007), um patamar semelhante ao do país, mas ainda baixo quando comparado aos países desenvolvidos e mesmo aos subdesenvolvidos, que investem na saúde entre US\$ 800 a US\$ 2.000 per capita, e US\$ 300 e US\$ 500 por cidadão/ano, respectivamente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Embora os recursos sejam insuficientes para suprir adequadamente às necessidades da população, não se pode desconsiderar que o processo de municipalização garantiu um aporte regular de recursos financeiros, que permitiria ao município de Riacho das Almas a possibilidade de planejar a oferta de saúde.

6.1.2.5 Subcategoria modalidade de gestão

O município encontra-se habilitado pelo Ministério da Saúde na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) desde 16 de dezembro de 1999 (Portaria Nº. 1414, DOU de 17.12.99), inicialmente nos termos da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB-SUS 01/96), em 1999, e posteriormente pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/02), em 2002 (RIACHO DAS ALMAS, 2006b).

Para assumir esta gestão o município precisou, entre outros requisitos constantes na NOAS SUS 01/02 (BRASIL, 2002a):

- a) Elaborar o Plano Municipal de Saúde e submetê-lo à aprovação do Conselho Municipal de Saúde. O Plano deverá conter a Agenda de Saúde Municipal e Quadro de Metas, cujos desempenhos serão acompanhamentos pelos Relatórios de Gestão;
- b) Integrar o município na Rede Estadual de Saúde e assumir as respectivas responsabilidades na PPI do Estado, detalhando a programação de ações e serviços que compõem o Sistema Municipal de Saúde;
- c) Assumir a gestão de todo Sistema Municipal, o que inclui a gerência das unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, das unidades assistenciais transferidas pelo estado e a gestão sobre os prestadores de serviços vinculados ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica ou nível de complexidade.

A Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM) é a gestão de todo o Sistema Municipal de Saúde, ou seja, o município nesta condição de gestão, com os recursos próprios do Tesouro Municipal e mais o Teto Financeiro repassado pelo Governo Federal, tem obrigação de garantir o atendimento integral para a sua população, através da oferta dos procedimentos que compõem a atenção básica, a média e alta complexidade, e da execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças.

6.1.3 Categoria Governabilidade

Do total de 30 pontos possíveis de serem alcançados, a categoria Governabilidade obteve 15 pontos (50%), assim distribuídos: base de apoio político obteve 6 pontos (40%), autonomia financeira obteve 7 pontos (70%), o Controle Social obteve 2 pontos (40%) e não houve pontuação em relação à Capacidade de Articulação do Gestor Municipal com outros níveis de gestão. Os escores finais alcançados pelo município de Riacho das Almas na avaliação da categoria Governabilidade foram apresentados na Tabela 9.

O escore global alcançado pela categoria *Governabilidade* em Riacho das Almas foi de 50%, o maior alcançado das três categorias analisadas, tendo sido classificado como *intermediário*, o que lhe confere uma capacidade média de implementar as ações propostas, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social (MATUS, 1996). Entre as subcategorias avaliadas a base de apoio político atingiu 60%, uma pontuação média, que deixa o gestor municipal numa situação confortável para governar, tendo o apoio de atores importantes como os vereadores e a comunidade. Na subcategoria Autonomia Financeira o município foi classificado como intermediário: a Gestora tem autonomia para utilização dos recursos municipais, o Fundo Municipal de Saúde funciona na Secretaria de Saúde sob seu comando, mas ainda não existe Comissão de Licitação exclusiva da Secretaria de Saúde, o que lhe daria autonomia total em relação à gestão dos recursos da saúde. A atuação do Controle Social atingiu um escore de 40%, classificado como intermediário, pois apesar do Conselho Municipal de Saúde se reunir regularmente e ser deliberativo, observou-se que os conselheiros não têm uma postura independente, propositiva e crítica em relação à gestão. A subcategoria capacidade de articulação do gestor, não obteve pontuação considerando que a gestora municipal não busca estabelecer parcerias com outros níveis de gestão nem ocupar espaços políticos nos fóruns e órgãos colegiados do SUS.

6.1.3.1 Subcategoria base de apoio político

Para avaliação desta subcategoria foi averiguada a base de apoio da Gestão na Câmara de Vereadores e o apoio da comunidade, dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação.

A conjuntura política do município assumiu diversos cenários nos últimos dois anos, período no qual a base de apoio do Prefeito na Câmara de Vereadores passou por várias alterações. Essas mudanças foram decorrentes da ruptura política do grupo hegemônico há mais de 10 anos em Riacho das Almas. A recomposição das forças políticas locais formou dois blocos, um liderado pelo atual Prefeito e o outro pelo ex-Prefeito, ao qual se aliou o grupo que anteriormente lhe fazia oposição. Os problemas se intensificaram no período da Campanha Eleitoral para o Governo de Pernambuco, ocasião em que estas duas lideranças apoiaram candidatos diferentes, culminando com o rompimento em dezembro de 2006. A vitória do candidato apoiado pelo atual Prefeito para o Governo do Estado fortaleceu seu grupo, que atualmente detém a maioria na Câmara de Vereadores. Apesar do apoio da base aliada no Poder Legislativo, o Governo Municipal sofre uma oposição sistemática por parte do ex-Prefeito, político renomado no Estado, anteriormente aliado de Miguel Arraes.

Esta turbulência política vem provocando alguns transtornos à Gestora de Saúde, uma vez que o ex-Prefeito e a ex-Secretária de Saúde do município são médicos da Rede Municipal de Saúde e segundo seu relato, fazem oposição sistemática e inconsequente à sua gestão:

Constitui, com certeza [oposição]. Em denúncias infundadas, atitudes que se tomam dentro do próprio município. Porque estas pessoas que saíram, que não eram oposição e hoje são, são servidoras do município, da saúde, têm que conviver comigo, porque continuam trabalhando na saúde. Então fica aquela situação, de muitas denúncias, qualquer coisinha que acontece joga a responsabilidade na Secretária de Saúde, entendeu? Então são coisas que a gente vê que não tem sentido de ta fazendo e fazem, e depois quando vem a denuncia infundada, a gente responde, a gente mostra que não existe. Mas a gente sente essa oposição (GS 1).

Os demais entrevistados, agentes comunitários de saúde e conselheiros de saúde, de um modo geral, disseram desconhecer o assunto, se limitando a dizer que a ex-Secretária fez muito pela saúde e que a atual continuou o trabalho iniciado. Uma ACS citou que havia oposição de grupos políticos e outro ACS citou o apoio da Associação Comunitária e do Conselho de Desenvolvimento Rural Sustentável.

Quando questionada sobre a posição de outros atores sociais, a Secretária colocou que recebia apoio dos conselheiros de saúde, dos Secretários Municipais, do sindicato e dos profissionais de saúde. A Coordenadora do PSF colocou em sua fala que não considera que os profissionais de saúde apoiem a gestão, identificando opositores entre eles. A postura dos profissionais entrevistados não revelou um envolvimento deste com o projeto de governo, situação identificada pelos gestores municipais conforme relatos a seguir:

Alguns profissionais se envolvem outros não certo? Então a gente tem visto muito isso, tanto que quando eu te disse que a gente ta tentando agora no final do ano fazer um trabalho com todos eles e mostrar pra eles o que funcionou no trabalho deles e o que ta faltando, pra exatamente... pra que eles tenham esse compromisso, até político mesmo, compromisso com a população, sabe? E aí vê que não é só pra preencher papel, só pra cumprir meta, só pra ganhar o dinheiro do salário no final do mês, certo? A gente quer mostrar pra eles, que eles têm uma responsabilidade, de ver assim, co-responsável por isso funcionar, pra mortalidade cair certo? (GS 1)

[...] muitos profissionais não têm perfil de trabalhar com atenção básica e vê no PSF só uma forma de ganhar dinheiro, infelizmente.[...] Eu acho que a carga maior que impede mais o Programa de Saúde da Família se desenvolver da maneira que deveria ser é a identificação profissional que muitos não têm (GS 2).

Em relação aos meios de comunicação foi consenso que eles fazem oposição a gestão. As emissoras de televisão, baseadas em Caruaru, veiculam frequentemente denúncias sobre problemas de saúde local e a Rádio Comunitária da cidade faz oposição ostensiva, conforme o relato a seguir:

A gente só tem uma Rádio Comunitária e hoje com esta questão política elas estão totalmente contra a gente e não querem divulgar nem as ações que é para a comunidade, para esclarecer a comunidade de uma campanha de vacinação, a gente ta encontrando dificuldade até nisso. [...] Pra mim foi uma frustração enorme [...] Eu faço o que? Eu alugo carro de som pra fazer as ações que tem que fazer, tem que fazer divulgação das campanhas etc. Porque nas poucas vezes que eu fui até a rádio pra divulgar alguma ação, eles só voltavam pra questão política, então eu preferi cortar os laços. Nas poucas vezes que eu fui eles só sabiam criticar o Prefeito, então eu disse, a partir daí eu não vou mais. Eu não estou aqui pra isso [GS 1].

6.1.3.2 Subcategoria autonomia financeira

Para determinar o nível de autonomia financeira da Secretaria de Saúde foram analisados o nível de autonomia do Gestor Municipal de Saúde para utilização dos recursos municipais, a existência de Comissão de Licitação exclusiva da Saúde e se o Fundo Municipal de Saúde funcionava na sede da Secretaria de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde não foi consenso como critério de avaliação na conferência de consenso que original a Matriz empregada neste estudo (SOUZA et al., 2005). Sua inclusão resultou da discussão com técnicos da IV Gerência Regional de Saúde, que afirmaram ser o funcionamento do Fundo Municipal na Secretaria de Saúde um indicativo do grau de autonomia do Gestor Municipal de Saúde na região. Este item também foi incluído no

estudo realizado sobre a descentralização da Atenção à Saúde no Brasil por Vieira-da-Silva et al. (2005).

Na pesquisa documental foram identificadas a Portaria nº. 066/2005, de 3 de janeiro de 2005, que nomeou a Secretária de Saúde anterior como Ordenadora de Despesa do Fundo Municipal de Saúde, função que exerceu até o dia 14 de dezembro de 2006 e a Portaria nº. 330/2006, de 28 de dezembro de 2006, que nomeou a atual Secretária de Saúde como Ordenadora de Despesas do Fundo Municipal de Saúde (RIACHO DAS ALMAS, 2005, 2006c).

Ao ser perguntada se a Secretaria Municipal de Saúde tinha autonomia para utilização dos recursos a serem investidos na saúde, a maioria dos entrevistados respondeu que sim e uma ACS colocou não ter conhecimento. A seguir o relato de dois destes entrevistados sobre o tema em questão:

Completamente. Quando o Prefeito me convidou, ele disse pra mim, é carta branca. Se não fosse assim eu também não aceitaria. E aí eu tenho sim. É lógico que muitas decisões eu procuro sentar com ele, conversar, pra que eu não me precipite em algumas decisões, mas com relação ao Fundo Municipal [de Saúde] ele não impede, não proíbe nada. Muito pelo contrário [GS 1].

Sim, acho que o Secretário é livre para resolver e utilizar o dinheiro da saúde no que ele acha necessário. [...] Vem as verbas do Governo Federal, agora quando chega no município é o Secretário quem administra (ACS 1).

Outro item que poderia contribuir para elevar o grau de autonomia seria a existência de Comissão Permanente de Licitação na Secretaria Municipal de Saúde, mas no caso de Riacho das Almas, todas as licitações são concentradas numa estrutura de licitação montada na Prefeitura. A relevância deste critério deve-se ao fato de que dificuldades no processo de compras podem comprometer o funcionamento do sistema de saúde.

O último critério adotado para avaliação da autonomia financeira foi o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde na sede da Secretaria de Saúde, uma realidade em Riacho das Almas, onde a contabilidade da saúde está sob a Gestão da Secretária de Saúde.

6.1.3.3 Subcategoria Controle Social

Para determinar a influência do Controle Social enquanto componente da governabilidade, considerou-se como objeto de análise o Conselho Municipal de Saúde, para o qual foram observados os seguintes critérios: sua representatividade, proposição e atuação (controle da aplicação de recursos e funcionamento regular), a capacitação dos conselheiros para o adequado exercício da função, a regularidade de atuação e deliberação sobre a política de saúde local.

A participação da comunidade na gestão do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências, foi estabelecida pela legislação federal (Constituição Federal, Art. 198, inciso III e Lei 8.080/90, Art. 7º, inciso VIII), regulamentados pela Lei 8.142/90, Art. 1º-parágrafo 1 a 5 (BRASIL, 2002a, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde mostrou que em 2006 foram realizadas 14 reuniões, sendo 12 ordinárias e duas extraordinárias, desempenho acima do recomendado (BRASIL, 2004a). Observou-se que além das questões corriqueiras de denúncias e de informes por parte da Gestão acerca dos programas de saúde em andamento, as deliberações dos conselheiros de saúde se restringiram à aprovação das prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde e da Farmácia Básica.

O Conselho Municipal de Saúde participou ainda das Audiências Públicas da Saúde, realizadas na Câmara Municipal de Saúde, em 30 de maio de 2006, 23 de agosto de 2006 e 29 de novembro de 2006, ocasiões em que foi apresentada a prestação de contas da Secretaria de Saúde, relativa ao respectivo trimestre.

Foi observado também que a composição do Conselho Municipal de Saúde obedece ao disposto na Resolução nº. 33 – Recomendações para Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007), sendo composto por representantes do governo (25%), trabalhadores de saúde (25%), e usuários do SUS (50%).

Os entrevistados mostraram que embora participem das reuniões do Conselho, poucos têm acúmulo de conhecimento sobre o SUS e sobre o papel do conselheiro de saúde para ter uma atuação independente do governo e manifestar os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades:

[...] Discute algumas coisas do que vai ser feito, do que tem prioridade e pergunta realmente o que se tem prioridade, vamos dizer assim, na área que eu moro mesmo e atuo, trabalho, tinha um lixão público, então ali se torna uma área totalmente de risco, então isso aí, pra saúde isso é um grande prejuízo [...] como se pode falar em saúde se o lixão está dentro da comunidade? Então foi combinado, foi mostrado ao Secretário esse problema [...] e foi resolvido, esse lixão já foi retirado, foi colocado uns 4 Km da cidade e graças a Deus foi tudo resolvido (CMS 1).

O conselheiro municipal de saúde tem grande importância, assim, que participa desses conselhos para decidir o que deve ser feito com o orçamento que vem para a Secretaria de Saúde, então se não for..., se o Conselho de Saúde não aprovar, então nada é feito, tem que ter a aprovação por parte do Conselho, porque o Conselho pode ter o direito de denunciar alguma coisa, alguma irregularidade que está acontecendo (CMS 1).

Não, não lembro não, eu sou muito ruim pra data, essas coisas [Aprovação do Plano de Saúde]. As prioridades [do Plano] seria o atendimento, não é. a prevenção, a orientação do [silêncio], eu acho que só, não, tem mais coisa, só que eu não to lembrada. [discussão do orçamento] Ela faz as reuniões [a Secretária de Saúde], ela passa pra gente a quantidade de dinheiro que vem da verba, quanto vai ser distribuído para cada programa, sempre tem, a gente sempre tem essas informações (CMS 2).

[Prestação de Contas] Da mesma forma, sempre ela é feita, seis em seis meses, se não me engano, eu sei que já houve duas vezes esse ano, já houve, ela faz lá num local público, chama a população e apresenta [...] só que as pessoas não vão e depois ficam [silêncio], falta de interesse, né? [Audiência Pública] (CMS 2).

Faz, faz [cobrança dos direitos], porque assim, nas reuniões sempre a gente ela diz, olhe minha gente, vocês como conselheiros, vocês também participam, se você tá vendo alguma coisa [na unidade de saúde], se não tá achando que tá certo, pode melhorar, pode trazer para o conselho pra gente debater e a gente tentar fazer uma correção (CMS 2).

Sim já participei várias vezes [discussão das prioridades], quando tem sido feitos seminários, já participei de conferências, no município, tudo, e a Secretária mostrando o de melhor, trazendo pessoas de fora, pra mostrar tanto aos conselheiros como ao público a necessidade de um trabalho em cima da prevenção (CMS 3).

[Orçamento] Sim, ela tem mostrado isso em pautas, tem aberto ao público, qualquer pessoa tem acesso a ver e nada de restrições, até hoje nunca teve nada de restrição. [Prestação de contas] Existe, nós temos isso tudinho e é mostrado, e feito reuniões ao público e mostrado diretamente às pessoas, tanto aos conselheiros quanto aqueles que participam (CMS 3).

[Orçamento] Nós participamos sim, no Conselho de Saúde, nós participamos, do qual eu faço parte, sobre esse plano orçamentário. [discussão das prioridades] Hum...é, discute algumas coisas do que vai ser feito, do que tem prioridade e pergunta realmente o que se tem prioridade. [...] O conselheiro tem grande importância, assim, participa desses Conselhos para decidir o que deve ser feito com o orçamento que vem para a Secretaria de Saúde, então se não for..., se o Conselho de Saúde não aprovar,

então nada é feito, tem que ter a aprovação por parte do Conselho, porque o Conselho pode ter o direito de denunciar alguma coisa, alguma irregularidade que está acontecendo (CMS 2).

Em recente oficina de capacitação para conselheiros municipais de saúde, coordenada pelo Conselho Estadual de Saúde, o município de Riacho das Almas enviou apenas um representante, embora tivessem sido disponibilizadas vagas para todos os conselheiros (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2007).

6.1.3.4 Subcategoria capacidade de articulação do Gestor Municipal

Para definir a capacidade de articulação do gestor municipal com outros níveis de gestão, foi analisado se o município realizou alguma proposta inovadora em parcerias com outros municípios, se o gestor municipal tem uma postura propositiva nos espaços de negociação e se tem uma participação efetiva nos órgãos colegiados do SUS.

Não foi identificada a participação do município em nenhuma proposta inovadora no que se refere à consolidação de parcerias, atuação intergestores, atuação intersetorial, cooperação técnica ou ação regionalizada. Embora tenha havido um movimento para formação de um consórcio na área da saúde no qual Riacho das Almas se envolveu juntamente com outros municípios da região, a perda do mandato do Prefeito mentor da proposta, que não foi reeleito, impossibilitou o andamento do projeto.

Para avaliação da postura do gestor municipal nos espaços de negociação política, indicativo do nível de articulação do gestor municipal, analisaram-se as atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIBR), fórum de discussão da Política Regional de Saúde, formado pelos 32 Secretários de Saúde da Regional de Saúde e pelos gestores da IV Gerência Regional de Saúde, que se reúne mensalmente na sede da IV GERES, em Caruaru. A análise revelou que embora a Secretária de Saúde seja assídua freqüentadora das reuniões, a mesma não se destaca pela atuação propositiva ou pelo espírito de liderança.

A conferência das listas de freqüência das Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIBE), fórum de discussão e negociação da política estadual de saúde, composta por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, revelou a ausência da Gestora de Saúde de Riacho das Almas na maioria

das reuniões. Ressalte-se que os Secretários que freqüentam assiduamente este fórum estão entre os mais atuantes e engajados do Estado, independente do porte dos seus municípios.

No último critério avaliado constatou-se que, diferentemente da ex-Secretária de Saúde, a atual Gestora não participa da composição de órgãos colegiados tipo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), através dos quais poderia dar maior visibilidade ao município, facilitando a articulação com outros níveis de gestão, mas é uma assídua freqüentadora das reuniões do COSEMS realizadas a cada dois meses, em pontos diferentes do estado.

O Gestor Município não tem uma postura pró ativa em relação à articulação com outros níveis de gestão, especialmente a Secretaria Estadual de Saúde e demonstra uma postura de dependência incompatível com a sua modalidade de gestão:

Eu acho que poderia ter mais. A gente precisaria ter mais apoio do Governo do Estado em diversos sentidos. Em capacitações, agora mesmo o governo está ampliando as capacitações, está capacitando os PSF. Eu tinha até conversado com o pessoal que tentasse levar até pros próprios municípios estas capacitações, tem espaço. Mas a gente sabe que tem os municípios maiores e que a dificuldade é grande. A gente gostaria que algumas ações fossem feitas dentro do próprio município, para visualizar o que o município tem, o que ta sendo feito, não precisa ta saindo tanto [para capacitação fora] (GS 1).

6.1.4 A influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em Riacho das Almas

A análise da influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família tomou como referência o modelo-lógico, que correspondeu à definição de uma imagem-objetivo, segundo Matus (1996), construído a partir de uma matriz resultante de conferência de consenso, realizada por um comitê de especialistas, para o projeto de investigação “Avaliação da Descentralização da Atenção à Saúde na Bahia” (SOUZA et al., 2005) e do manual para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2006c).

A análise do contexto político-institucional de Riacho das Almas revelou que o município tem uma capacidade de gestão intermediária para gerir o Sistema Municipal de

Saúde, que não se mostrou suficiente para conduzir adequadamente a implantação da Estratégia Saúde da Família, que alcançou uma classificação considerada insatisfatória.

Entre as deficiências que comprometem a capacidade da gestão municipal de Riacho das Almas estão: a incapacidade de elaborar proposições consistentes que dêem conta de uma série de exigências necessárias para as mudanças propostas, a baixa capacidade de governo para operar mudanças no Sistema de Saúde, especialmente pela inadequação dos quadros técnicos formação na área de saúde coletiva), incipientes planejamento e avaliação (não é regular, nem usado como instrumento de gestão para a tomada de decisão), inadequação da oferta de serviços (incorporação e oferta de serviços sem planejamento baseados no perfil epidemiológico e social local) e incapacidade de imprimir uma concepção de sistema integral (baseada no triângulo promoção, prevenção e assistência); e a dificuldade em utilizar as condições favoráveis como a autonomia financeira e a base de apoio político para implementar os projetos prioritários, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social.

Portanto, a inabilidade de usar adequadamente as condições favoráveis da governabilidade, aliada a uma baixa capacidade de governo terminou por montar uma rede de causalidades que justifica o grau insatisfatório de implantação da ESF em Riacho das Almas.

Para demonstrar a influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família foi construído um fluxograma para uma melhor aproximação da representação conceitual para a prática, visto que este cenário estar em constante mutação, resultado de um processo complexo que envolve componentes políticos, tecnológicos, simbólicos, afetivos, etc. O fluxograma apresentado na Figura 8 mostra o desempenho do município de Riacho das Almas em relação à imagem-objetivo proposta (MATUS, 1996).

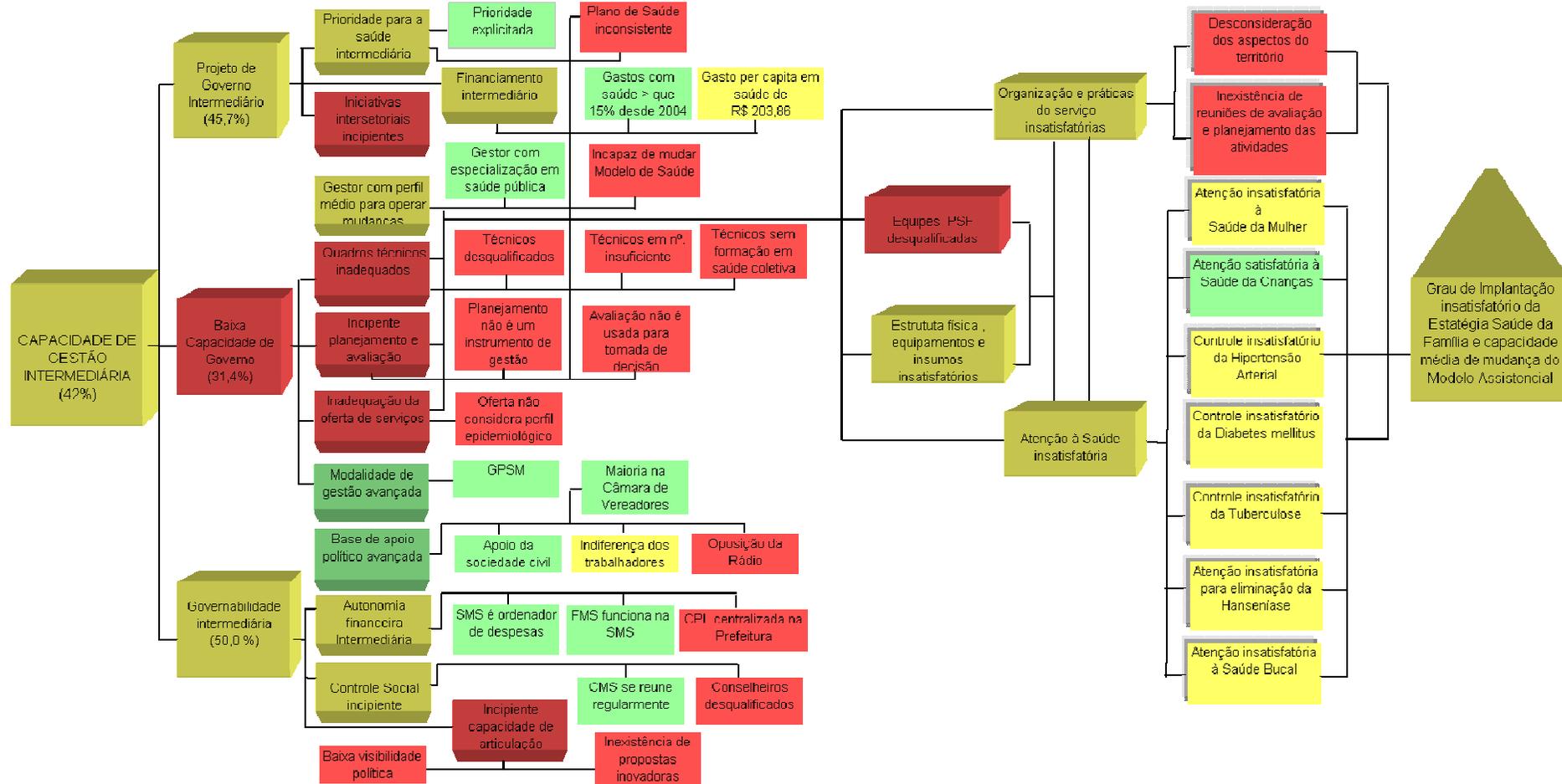


Figura 8 – Fluxograma da influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em Riacho das Almas
 Fonte: autora do trabalho

6.2 Resultado da Análise do contexto político-institucional de Sairé

A análise do contexto político-institucional de Sairé foi feita a partir da pesquisa documental e a partir das entrevistas que foram transcritas e analisadas segundo as categorias propostas, cujas evidências mais relevantes foram transportadas para a Matriz de Análise da Capacidade de Gestão, onde foram pontuadas, possibilitando a classificação do município em cada uma das categorias de análise (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade) e pelo seu conjunto (capacidade de gestão) (Tabela 10).

O município de *Sairé* atingiu um escore global de 29%, tendo alcançado uma classificação que o enquadra como *incipiente* na capacidade de gestão a partir da imagem-objetivo proposta. Quando se avaliaram separadamente as categorias do contexto político-institucional, as categorias capacidade de governo, com 22,8% e projeto de governo também com 22,8% obtiveram uma classificação considerada baixa, enquanto que o projeto de governo alcançou uma classificação intermediária, de 43%.

A avaliação do contexto político-institucional de Sairé mostrou que entre os itens melhores avaliados encontram-se a autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde, que alcançou um escore de 70%, a base de apoio político, com 60%, a saúde como prioridade de governo, que alcançou 50% e o perfil do gestor municipal, que também alcançou uma graduação de 50% em relação ao total de pontos possível.

Os menores percentuais alcançados foram obtidos pelo financiamento da saúde, com 16,6%, pela adequação dos quadros técnicos, com 25% e pela adequação da oferta de serviços com 33,3%.

Entre as subcategorias analisadas que não alcançaram nenhuma pontuação encontram-se as iniciativas intersetoriais, o planejamento e avaliação, a modalidade de habilitação, o controle social e a capacidade de articulação do gestor, todas consideradas importantes como parte de um conjunto de ações mobilizadoras de práticas e projetos da gestão municipal voltadas para a modificação do modelo assistencial.

Tabela 10 - Escores Obtidos (nº. e %) pelo município de Sairé na Avaliação das Categorias do Contexto Político-Institucional

Categorias	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Subcategorias	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Nível - Contexto Político Institucional	100				100		
Projeto de Governo	35	8	22,8%	Saúde como prioridade de Governo	12	6	50%
				Financiamento da saúde	12	2	16,6%
				Iniciativas Intersetoriais	11	0	0%
Capacidade de Governo	35	8	22,8%	Perfil do gestor municipal	8	4	50%
				Adequação dos quadros técnicos	8	2	25%
				Planejamento e avaliação	8	0	0%
				Adequação da oferta de serviços	6	2	33,3%
				Modalidade de Habilitação da Gestão	5	0	0%
Governabilidade	30	13	43%	Base de apoio político	10	6	60%
				Autonomia financeira	10	7	70%
				Controle Social	5	0	0%
				Capacidade de articulação do gestor	5	0	0%
TOTAL GERAL	100	29	29%		100	29	29%

Fonte: Souza et al. (2005).

Classificação: *Incipiente*: ≥ 0 e $\leq 33,3\%$ (vermelho); *Intermediário*: $> 33,3$ e $\leq 66,6\%$ (amarelo) ou *Avançado*: $> 66,6\%$ (verde) (VIEIRA-DA-SILVA et al., 1999).

6.2.1 Categoria Projeto de Governo

Do total de 35 pontos possíveis de serem alcançados, a categoria Projeto de Governo obteve 8 pontos (22,8%), assim distribuídos: saúde como prioridade de governo obteve 6 pontos (50%), financiamento da saúde obteve 2 pontos (16,6%) e iniciativas intersetoriais não pontuou. Os escores finais alcançados pelo município de Sairé na avaliação da categoria Projeto de Governo, à luz do grupo de evidências obtidas, foram apresentados na Tabela 10.

O escore global alcançado pela categoria *Projeto de Governo* em Sairé foi de 22,8%, classificado como *incipiente* no que se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos dirigentes locais visando o alcance de seus objetivos (MATUS, 1996). A subcategoria prioridade para a saúde foi classificada como intermediária, pois apesar do compromisso explícito no Plano de Saúde, os investimentos em saúde não são compatíveis com o projeto de governo apresentado para a saúde. O financiamento da Saúde foi considerado incipiente, tanto em relação ao gasto per capita em saúde, inferior a R\$ 160,00 por habitante, quanto em relação ao cumprimento da regra da evolução progressiva de aplicação de percentuais, que estabeleceu o percentual de 15% a partir de 2004 (EC-29). Como não cumpriu nenhum dos critérios avaliados em relação à última subcategoria, o município foi classificado como incipiente em relação à existência de iniciativas intersetoriais.

6.2.1.1 Subcategoria Saúde como prioridade de governo

Os entrevistados apresentaram certa dificuldade em explicar se saúde é uma prioridade de governo, basicamente porque em Sairé os grupos políticos que vêm se sucedendo no poder nunca a priorizaram nos seus Planos de Governo. As falas a seguir se referem às colocações feitas pelos Gestores Municipais de Saúde:

Sim. Acho que o motivo principal é mesmo a cobrança da população de forma direta, trazendo sua demanda à secretaria ou indireta, por meio da imprensa, sindicato, conselhos, etc., embora essa visão de saúde seja focada na questão curativa propriamente dita. [...] Eu acho que é prioridade pra ele sim [Prefeito], mas o município tem muitas dificuldades e os recursos próprios são muito limitados, então termina que não se investe como deveria (GS 3).

Em parte não, o município investe pouco os recursos próprios no setor saúde, acredito que apenas com recursos humanos. Por outro lado, o prefeito colocou um técnico sanitarista, que não tinha nenhum vínculo político com a cidade para assumir a Secretaria de Saúde, e dentro das limitações procura dar autonomia ao Secretário. Acredito que o Prefeito não tenha uma visão, um conhecimento sistematizado do modelo assistencial que está sendo implantado no município, mas vê o PSF como instrumento que dá visibilidade e sustentação política. Mas acho que o Secretário procura na medida do possível, sensibilizar o Prefeito (GS 4).

Sim, pelo esforço do Secretário de Saúde. A vontade do Chefe do Governo e demais no meu entendimento é débil, pois falta o entendimento da política de saúde. Mas, hoje o município tem cobertura dos PSF em 100% [...] Mas falta um maior apoio dos demais órgãos, porque saúde pública não está restrita só a Secretaria de Saúde (GS 5).

Sim, pois o Prefeito comprou mais duas ambulâncias, aumentou o número dos agentes comunitários de saúde, deixando totalmente coberta as áreas, com médicos, enfermeiros e auxiliares e os agentes. Tem ainda dentista e exames feitos gratuitamente (ACS 8).

Sobre a determinação das prioridades para a saúde, o gestor respondeu que o parecer do corpo técnico, demandas da comunidade e incentivos financeiros do Ministério da Saúde tinham uma alta influência sobre o estabelecimento das prioridades para a saúde, enquanto que, propostas vindas do Conselho de Saúde, solicitações de políticos, sugestões de outras esferas de gestão e pressão dos meios de comunicação tinham uma influência média.

Um dado que reflete a baixa prioridade para a saúde em Sairé, é a inconstância dos recursos alocados na área. O percentual do orçamento executado (gastos com saúde) do Tesouro Municipal que girava em torno de 6,54% em 2000, aumentou nos anos seguintes, chegou a 16,44% em 2003, mas voltou a cair, chegando a 10,3% em 2005, ano em que o município obrigatoriamente já deveria estar investindo 15% dos seus recursos próprios na saúde, conforme a EC-29. Em 2006 o percentual investido foi de 16,92% (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE, 2007).

A outra subcategoria estabelecida para determinar se saúde é uma prioridade governo foi a análise da consistência do Plano Municipal de Saúde. Quando se analisou o Plano Municipal de Saúde 2006-2009 de Sairé, constatou-se que havia consistência entre os problemas priorizados e as ações propostas. O mesmo apresentou as diretrizes, prioridades, metas a serem atingidas, um plano de ação com a agenda municipal de saúde e a programação orçamentária, o que permite o seu uso como instrumento de planejamento e acompanhamento das ações.

O trecho a seguir, do Plano Municipal de Saúde 2006–2009 de Sairé, explicita o compromisso assumido pela Gestão em relação à saúde da sua população:

O Plano Municipal de Saúde constitui-se num documento norteador das diretrizes a serem seguidas pela Secretaria de Saúde. Apresenta a Política Municipal de Saúde, construída com base na definição de prioridades, com propostas de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. [...], é um importante instrumento de Controle Social, permitindo o acompanhamento do desempenho da Secretaria de Saúde no cumprimento dos compromissos assumidos (SAIRÉ, 2006a).

6.2.1.2 Subcategoria financiamento da saúde

Um dos critérios de avaliação do financiamento da saúde foi o percentual do orçamento executado do Tesouro Municipal. Ao ser perguntado se o financiamento era programado e executado de acordo com a EC-29, o Gestor Municipal de Saúde respondeu:

Em 2005 não, mas em 2006 e 2007 foi em torno de 18 %. Isso não significa que a EC 29 venha sendo cumprida à risca, pois não há um repasse regular, há sim um encontro de contas feito nos finais de cada exercício (GM 3).

No Gráfico 3, observa-se que Sairé tem um investimento irregular em saúde, com oscilações e descumprimento da EC-29 em alguns períodos, como em 2004 e 2005.

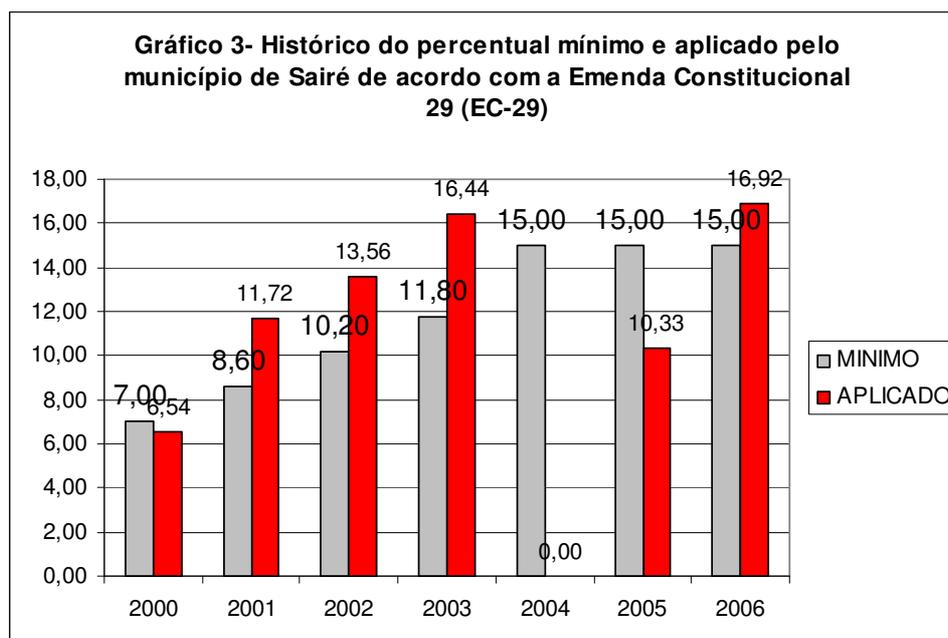


Gráfico 3- Histórico do percentual mínimo e aplicado pelo município de Sairé de acordo com a emenda constitucional 29 (EC-29).

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (2007).

As informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, mostram que no 1º semestre de 2007, a participação da receita própria do município de Sairé aplicada em saúde, conforme a EC-29, foi de 9,8% (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE , 2007).

O outro critério utilizado para avaliar as características do financiamento da saúde foi o gasto público per capita em saúde, obtido pela razão entre o gasto total em saúde, sob responsabilidade do município, por habitante, no ano base 2006. Assim, em 2006 a despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, foi de R\$ 138,43 por habitante (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE , 2007), ficando abaixo da média nacional cujos gastos públicos em saúde gira em torno de 200,00 per capita.

6.2.1.3 Subcategoria Iniciativas Intersetoriais

Em relação à existência de articulação e parcerias intersetoriais, componente importante das políticas de saúde voltadas para a mudança do modelo assistencial, não se identificou no município nenhuma iniciativa com estas características, uma vez que os critérios estabelecidos pressupõem que as ações intersetoriais devem estar contidas nas políticas, planos e orçamentos dos respectivos setores envolvidos.

Os entrevistados informaram que não há envolvimento da gestão com projetos intersetoriais, conforme falas a seguir:

Não, com estas características que você está falando, não. Algumas ações são até desenvolvidas em conjunto com outras Secretarias Municipais, como Educação e Ação Social, mas não com estas características, não considero que sejam ações intersetoriais (GS 3).

Não, existe um projeto da universidade (Município Saudável), mas não há articulação formal da Secretaria Municipal de Saúde com o Projeto. Mas, Alguns agentes de saúde são engajados neste projeto, participam das reuniões, capacitações, etc (GS 4).

A dificuldade em incorporar o trabalho intersetorial em saúde ao projeto de governo, foi ressaltada em diversas experiências publicadas, as quais ressaltam que o distanciamento em relação ao projeto está entre os principais obstáculos à sua implementação (FERREIRA;

VIEIRA-DA-SILVA, 2005; GOMEZ, 1987; NOVAES, 1990; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1992).

O Gestor Municipal não sinalizou nenhum interesse em estabelecer um padrão diferente de prestação de serviços, envolvendo a construção de parcerias com outras Secretarias e/ou instituições.

6.2.2 Categoria Capacidade de Governo

Do total de 35 pontos possíveis de serem alcançados, a categoria Capacidade de Governo obteve 8 pontos (22,8%), assim distribuídos: perfil do gestor obteve 4 pontos (50%), adequação dos quadro técnicos obteve 2 pontos (25%), planejamento e avaliação não pontuou, adequação da oferta de serviços à necessidade da população obteve 2 pontos (33,3%) e a modalidade de gestão também não pontuou. Os escores finais alcançados por Sairé na avaliação da categoria Capacidade de Governo, foram apresentados na Tabela 10.

O escore global alcançado pela categoria *Capacidade de Governo* em Sairé foi de 22,8%, tendo sido classificado como *incipiente*, o que lhe confere uma baixa capacidade de conduzir e gerenciar adequadamente o Sistema de Saúde (MATUS, 1996). Na subcategoria Perfil do Gestor, o município foi classificado como intermediário, porque embora o gestor tenha formação na área de saúde coletiva, o mesmo não vem conseguindo imprimir na saúde a concepção da atenção integral (promoção, prevenção e assistência). A não pontuação da subcategoria Planejamento e Avaliação e a baixa pontuação das subcategorias Adequação dos Quadros Técnicos (25%) e Adequação da oferta às necessidade da população (33%) que classificaram o município em incipiente não foi surpreendente, uma vez que o município ainda se encontra habilitado como Pleno da Atenção Básica (GPAB) pela Norma Operacional Básica/96 (NOB SUS/96), indicativo da incipiência de sua estrutura técnico-operacional (BRASIL, 2007).

6.2.2.1 Subcategoria perfil do Gestor Municipal

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a primeira vez que um profissional, com perfil eminentemente técnico, formação na área de saúde coletiva, (Especialização em Saúde Pública pelo NESC/FIOCRUZ) assume a Secretaria Municipal de Saúde. A tradição no município era que esse cargo fosse ocupado por parente do prefeito ou indicação política. Entre os itens que o Gestor Municipal destacou para justificar sua indicação para o cargo estão a capacidade de liderança, a experiência administrativa e o conhecimento técnico.

Embora o Gestor Municipal tenha compreensão da importância de um Sistema Municipal de Saúde local baseado na tríade promoção, prevenção e assistência, os resultados encontrados no grau de implantação da Estratégia Saúde da Família e a análise de documentos institucionais como o Relatório de Gestão, demonstram que as atividades assistenciais e as abordagens individuais continuam sendo hegemônicas na atenção à saúde prestada à população. Na definição do grau de implantação da ESF constatou-se que as atividades características do modelo assistencial baseado na concepção de vigilância em saúde (promoção, prevenção e assistência), tendo como base as unidades de Saúde da Família não estão sendo desenvolvidas ou o estão de forma incipiente em Sairé.

Portanto, embora o dirigente tenha formação em saúde coletiva não foram identificadas mudanças significativas na lógica do atendimento centrado na doença.

6.2.2.2 Subcategoria adequação dos quadros técnicos

Em relação à adequação dos quadros técnicos foi verificado se os assessores diretos da Secretaria Municipal de Saúde possuíam formação ou especialização em saúde coletiva e se havia um número suficiente de profissionais qualificados em suas áreas específicas de atuação.

Considerando que Sairé é habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, o município deveria contar com equipe técnica capaz de garantir o atendimento da sua população no nível da atenção básica e a referência para a média complexidade para os pacientes que necessitam de áreas especializadas.

Entre as responsabilidades pela atenção básica no seu território estão a organização da rede de saúde (consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio, visita e atendimento ambulatorial e domiciliar, vacinação, atividades educativas a grupos da comunidade, assistência pré-natal e ao parto, atividades de planejamento familiar, pronto atendimento em unidade básica de saúde e atividades dos agentes comunitários de saúde) e a execução das ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1997).

De acordo com a Lei nº 1142/2006, de 17 de novembro de 2006 (SAIRÉ, 2006c), a Secretaria de Saúde conta com a seguinte estrutura para gerenciar os serviços de saúde e responder por estas obrigações: Gabinete do secretário; Departamento de Promoção e Assistência à Saúde; Departamento de Planejamento; Departamento de Vigilância em Saúde e Departamento de Administração

Em relação à competência dos órgãos básicos da Prefeitura a Lei nº 1142/2006, no seu Art. 12, faz a seguinte referência:

Compete à Secretaria de Saúde, desenvolver as ações de saúde no âmbito da prevenção, da promoção de vigilância à saúde, compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e o controle de doenças e assistência à saúde, segundo as prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (SAIRÉ, 2006c).

Pelo relato dos entrevistados e pela dinâmica de organização da Secretaria de Saúde percebeu-se que o organograma apresentado não correspondia à realidade. Informalmente o Núcleo Gestor é formado pelo Secretário de Saúde e pelos coordenadores do Programa Saúde da Família, da Epidemiologia e do Fundo Municipal de Saúde.

Um dos entrevistados fez a seguinte observação ao ser indagado se participava do núcleo de decisão da Secretária de Saúde:

Sim, a equipe é muito pequena, infelizmente não existe uma prática de se reunir, discutir os problemas, as ações desenvolvidas, as que deverão ser implantadas. A gente tem essa dificuldade de sistematizar esses momentos, mas eu participo das decisões, minhas opiniões são ouvidas e quando possíveis implementadas (GS 5).

Quando indagados acerca do processo de trabalho e sobre a existência de quadros técnicos suficientes e qualificados, os entrevistados fizeram os seguintes relatos:

Não. Numa cidade pequena assim como Sairé é muito complicado você ficar trazendo gente de fora. E aqui não tem pessoal qualificado para as funções que eu preciso. Então os que eu consegui trazer são qualificados, mas os

daqui pesou muito mais a indicação política do que a qualificação técnica, é claro (GS 3).

Não. Existe um gerente da vigilância em saúde, mas que não desenvolve um trabalho em conjunto com a coordenação do PSF. Na verdade a vigilância no município, a meu ver, desenvolve uma prática bastante cartorial, se limitando a alimentar os Sistemas de Informação. Penso que poderíamos realizar ações em conjunto, treinamentos e estimular mais as notificações, as busca ativas dos agravos, etc (GS 5).

Sim, na grande maioria [profissionais qualificados]. Em face do número de cursos que são realizados. O que falta é colocar em prática, às vezes por falta de interesse do profissional ou muitas vezes por falta de condições de trabalho. Existe um grande número de cursos preparatórios na área de saúde pública. O fator que mais prejudica são os baixos salários que termina por desmotivar o profissional e em seguida vêm as condições de trabalho a que está exposto o servidor (GS 5).

Acredito que todos são preparados sim mas acho...acho que deveria fazer alguns tipos de treinamento, principalmente para os agentes de saúde, por exemplo, tivemos o curso que começamos e não foi concluído [Curso Técnico] por motivos que não sabemos direito (ACS 8).

A Coordenação da Estratégia Saúde da Família está ligada diretamente ao Secretário de Saúde, sendo responsável pelo monitoramento das equipes e a articulação com as demais instâncias da Secretaria de Saúde. Segundo o relato da Coordenação não existe infra-estrutura adequada para a realização do trabalho “não tem uma sala exclusiva, não tem secretária ou profissional de apoio, nem acesso a internet para a coordenação”.

A coordenadora assumiu o cargo desde julho de 2005, a convite do Secretário Municipal de Saúde. É assistente social de formação, com Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto e está cursando a Especialização em Gestão e Sistema de Saúde, voltada para gestores municipais de saúde. É uma profissional com bastante experiência na gerência da atenção básica, já tendo Coordenado o Programa Saúde da Família em três outros municípios, inclusive Caruaru. No município de Sairé se dedica exclusivamente ao Programa Saúde da Família.

Questionada sobre sua qualificação, se fizera algum curso que pudesse ajudá-la a desempenhar sua função, colocou que além da especialização em saúde pública, acompanhou o introdutório do PSF em Caruaru.

O Coordenador de Epidemiologia e Vigilância Sanitária de Sairé é um profissional de nível superior que trabalha também na IV Gerência Regional de Saúde/SES, como Técnico de Epidemiologia, onde foi qualificado em serviço. Esta no cargo há dois anos e meio, sendo responsável pelo levantamento e alimentação do banco de dados municipal, análise dos dados,

supervisão das atividades de campo das endemias, avaliação dos trabalhos de campo e coordenação das atividades de vigilância sanitária.

A pesquisa documental, a avaliação da estrutura técnico-operacional e as entrevistas demonstraram que embora os assessores diretos do Gestor Municipal apresentem qualificação para desempenharem suas funções, a Secretaria de Saúde não dispõe de um número suficiente de profissionais qualificados em suas áreas específicas de atuação.

6.2.2.3 Subcategoria planejamento e avaliação

Para avaliação desta subcategoria foi averiguado se o planejamento estava formalmente constituído, a regularidade de suas atividades e sua utilização como instrumento de gestão; e a existência ou não da avaliação e suas características (se realizada de forma regular e se o produto desta era usado pelo gestor na tomada de decisões).

Não existe estrutura de Planejamento, Controle e Avaliação, apenas uma Central de Marcação de Consultas com um computador conectado aos sistemas de marcação de Caruaru e Bezerros, municípios-sede dos serviços de referência onde são disponibilizadas as cotas mensais das consultas especializadas e dos exames, conforme acordo realizado durante o processo de Programação Pactuada Integrada (PPI) da IV Gerência Regional de Saúde, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SAIRÉ, 2006b).

Outro exemplo do indício da incipiência da estrutura de Planejamento, Controle e Avaliação é representado pelo Relatório de Gestão (SAIRÉ, 2007b), que se limita a apresentar os dados quantitativos dos sistemas de informação e da produção ambulatorial e hospitalar, sem nenhuma análise ou prestação de contas.

Além da análise documental, foram realizadas entrevistas para coleta de informações sobre o desenvolvimento de atividades regulares de Planejamento e Avaliação voltadas para os diversos serviços, nas quais se destacaram as seguintes declarações:

Não. A gente não tem uma estrutura que realiza o diagnóstico, estabelece metas e avalia seu cumprimento. A Secretaria de Saúde trabalha em resposta as situações problemas que vão se apresentando. [...] Não, não existe uma estrutura de planejamento que trabalhe regularmente sendo usada como instrumento de gestão (GS 3).

Não, sistematizado como deveria ser, não. Há avaliações pontuais, esporádicas, que são feitas em função de algumas necessidades de programas ou em função da percepção da falha no funcionamento das equipes (GS 3).

Procuro seguir um planejamento formal, mas vai além das condições de infra-estrutura, que às vezes inviabiliza, a própria demanda de problemas e necessidades da população impossibilita, tendo que em muitos momentos recorrer a intuição para dar respostas imediatas que nos é exigida. Procuro me guiar pela Portaria 648, que define a política da atenção básica (GS 4).

Fazemos avaliação apenas anualmente, mesmo assim de forma muito precária, o gestor não participa, não há envolvimento nesse processo, o que desestimula tanto a coordenação como os próprios profissionais do PSF (GS 4).

Existe pouca coisa. O grande problema é que os municípios funcionam como mero repassador de informações para o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual [de Saúde], tendo que cumprir metas, entregar um número excessivo de fichas que na grande maioria não são analisadas pelo nível estadual e federal e que só serve para cumprimento de metas (GS 5).

Nós temos uma preocupação [equipe PSF] onde de quinze em quinze dias estamos se reunindo para resolver e avaliar as nossas tarefas, corrigir algumas para que possa melhorar e pensar em outras, nós sempre fazemos isso com todos (ACS 8).

6.2.2.4 Subcategoria adequação da oferta de serviços às necessidades da população

Foi realizada uma análise sobre a incorporação de ações programáticas de saúde e a oferta de serviços pela Secretaria Municipal de Saúde, se a mesma era adequada ao perfil epidemiológico e social local ou, pelo menos, se havia implementação dos programas definidos pelo Nível Federal.

Até o final da década de 90 os investimentos em saúde eram direcionados quase exclusivamente para a unidade hospitalar que concentrava todo o atendimento, inclusive as atividades ambulatoriais materno-infantil. Essa situação só viria a se alterar com a implantação do Programa Saúde da Família, em 2004, embora seu funcionamento não seguisse os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, conforme relato a seguir:

Em 2005, quando assumimos a gestão, tinha três PSF que funcionavam apenas um turno, sendo que a atenção básica concentrava-se no hospital. Atualmente temos toda a zona rural coberta por ESF, existem unidades de apoio para facilitar o acesso da população. O que sempre observo é que a população da zona urbana ainda tem resistência pelo PSF, pois sempre teve o hospital, que realizava atenção básica, naquela ótica da livre demanda. Então

precisou, chegava lá e era atendido na hora, entendeu? Já a população da zona rural tem um bom nível de satisfação, tem as ações bem mais acessíveis do que antes (GS 4)

Desde então a Estratégia Saúde da Família se expandiu e atualmente cobre 100% dos residentes em Sairé, ofertando as ações programáticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, Controle do Diabetes Mellitus, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Saúde Bucal) sem considerar, no entanto, o perfil epidemiológico e social da sua população para organizar a oferta das mesmas e abrindo mão da utilização regular de instrumentos gerenciais que poderiam qualificar este atendimento, entre os quais estão: a utilização dos sistemas de informação para o planejamento e monitoramento das ações e a realização de diagnóstico de saúde da população.

Não foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde estudos que comprovem a adequação da oferta dos serviços ao perfil epidemiológico da população, o que leva a crer que a assistência básica e a secundária, representada pelas consultas especializadas e exames de apoio ao diagnóstico não se estruturaram a partir das necessidades da população, calculadas a partir de parâmetros assistenciais, e sim a partir dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, da pressão da demanda e da oferta de especialistas, conforme relatos dos entrevistados:

Considero. Claro que sim. A pressão da população por consulta, por exames... e os incentivos financeiros que o Ministério da Saúde oferece para a gente desenvolver os programas tem uma grande influência na hora de estabelecer as prioridades de saúde no município (GS 3).

Em parte [Serviços de acordo com o perfil epidemiológico]. Existe por parte dos profissionais dos PSF e do Hospital um certo descaso com as notificações. Em sua grande maioria eles não se conscientizaram da necessidade das notificações, sua importância para o planejamento das ações de saúde e que estas unidades são fontes notificadoras e que têm a obrigação de notificar (GS 5).

As atividades de média complexidade são realizadas no Hospital local (Olívia Mendonça Souto Maior) e em unidades de referência em Bezerras e Caruaru, resultado da compra de serviços com recursos extra teto liberados pelo Ministério da Saúde e alocados nas Secretarias de Saúde destes municípios. Foram disponibilizados para a população atendimentos/consultas especializadas (atendimento médico com observação 24 horas, atendimento médico de urgência, consultas em cardiologia, urologia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, gastroenterologia, endocrinologia, ortopedia e

clínica vascular e exames de apoio ao diagnóstico e terapêutica (patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassonografia, eletrocardiografia e mamografia) (SAIRÉ, 2006b).

Nas entrevistas foram feitas as seguintes observações sobre a média e a alta complexidades:

Os serviços de média e alta complexidade são garantidos através da PPI, o que normalmente não atende à necessidade da população. Os serviços que foram pactuados não atendem à necessidade da população. A PPI não foi discutida com os atores envolvidos. Os serviços foram pactuados com os municípios de Bezerros, Caruaru e São Joaquim do Monte. Existe ainda aquela demanda que vai diariamente pra Recife, existe um micro-ônibus que leva os pacientes para os grandes hospitais, de forma desordenada (GS 4).

A assistência hospitalar não se organizou para garantir a continuidade da atenção prestada pela atenção básica que cobre 100% da população e precisa de uma unidade de retaguarda para aqueles casos que precisam de assistência em outro nível. Em relação à assistência obstétrica, por exemplo, cerca de 40% dos partos normais entre 2002 e 2007 foram realizados fora do município (BRASIL, 2007b), um transtorno para as mulheres que precisam se deslocar para outros municípios, sem que haja, segundo a Coordenadora do PSF, a garantia do atendimento na unidade de referência mais próxima. Segundo ela muitas vezes a paciente não consegue atendimento no Hospital Regional Jesus Nazareno, em Caruaru, e de lá é encaminhada para Gravatá ou Vitória de Santo Antão.

Em 2006, por exemplo, 66% do 1º atendimento em clínica pediátrica e 73% do 1º atendimento em clínica médica foram realizados fora do município. Dos internamentos em pediatria, 100% das crianças com pneumonia, 60% das crianças com enteroinfecção e 50% das crianças com desidratação foram internadas em unidades hospitalares fora do município. Dos internamentos em Clínica Médica, 63% dos adultos com pneumonia, 59% dos adultos com enteroinfecções, 57% dos adultos com desnutrição e 50% dos adultos com crise hipertensiva foram internados fora do município (BRASIL, 2007b).

Os recursos programados para manutenção dos serviços prestados na saúde em 2006, totalizaram R\$ 2.174.000,00 sendo R\$1.129.000,00 a previsão de repasse do Governo Federal e R\$ 1.045.000,00 do Governo Municipal. Do montante total foi previsto R\$ 1.720.000,00 para a atenção básica, R\$ 30.000,00 para a média complexidade e 255.000,00 para a assistência hospitalar (SAIRÉ, 2007a).

Ao ser perguntado se a base de planejamento dos investimentos considerava a adequação da oferta dos serviços ao perfil epidemiológico da população, o Gestor Municipal explicou que a maior parte dos recursos próprios investidos se refere à contra partida municipal para programas, tais como o dos Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família

e Farmácia Básica, limitando o município à implementação dos programas definidos pelo Governo Federal.

6.2.2.5 Subcategoria modalidade de gestão

O município encontra-se habilitado pelo Ministério da Saúde na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) nos termos da Norma Operacional Básica /96 (NOB-SUS/96).

Sairé como município habilitado em GPAB tem entre suas responsabilidades a elaboração da programação dos serviços básicos e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, a prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB (Piso Assistencial Básico) e acompanhamento, no caso de referência externa dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, a execução das ações básicas de vigilância epidemiológica e controle de doenças, a execução das ações básicas de vigilância sanitária e a avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde de seus municípios e sobre o seu meio ambiente (BRASIL, 1997).

Com o intuito de aperfeiçoar a Gestão do SUS o Ministério da Saúde promulgou, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001, republicada posteriormente como NOAS 01/02) em substituição à NOB 01/96, cabendo aos municípios se organizarem para assumir uma das novas formas de habilitação propostas: Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) (BRASIL, 2001a, 2002b).

Embora tenha entrado com o pedido de mudança da condição de GPAB (NOB 01/96) para GPABA (NOAS SUS 01/02), o município de Sairé não conseguiu concluí-la, ficando com pendências formais que não foram cumpridas referentes às exigências do processo de habilitação. A solicitação de mudança de habilitação foi iniciada pela gestão anterior e não foi dada continuidade pela atual gestão, embora o prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde tenha expirado em setembro de 2007.

Em virtude do cenário apresentado, o município foi classificado como incipiente em relação à modalidade de gestão, por não estar habilitado nem em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) nem em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

6.2.3 Categoria Governabilidade

Do total de 30 pontos possíveis de serem alcançados, a categoria Governabilidade obteve 13 pontos (43%), assim distribuídos: base de apoio político obteve 6 dos 10 pontos possíveis (60%) e autonomia financeira obteve 7 dos 10 pontos possíveis (70%). Não houve pontuação das subcategorias Controle Social e Capacidade de Articulação do Gestor Municipal com outros níveis de gestão. Os escores finais (nº. e %) alcançados pelo município de Sairé na avaliação da categoria Governabilidade, à luz do grupo de evidências obtidas, foram apresentados na Tabela 10.

O escore global alcançado pela categoria *Governabilidade* no município de Sairé foi de 43%, o maior alcançado das três categorias analisadas, tendo sido classificado como *intermediário*, o que lhe confere uma capacidade razoável de implementar as ações propostas, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social (MATUS, 1996). Entre as subcategorias avaliadas, a base de apoio político atingiu 60%, uma pontuação razoável, na qual o gestor municipal tem o apoio de atores importantes como os vereadores e a comunidade. Na subcategoria Autonomia Financeira o município foi classificado como intermediário, porque embora o Gestor de Saúde tenha autonomia para utilização dos recursos municipais e o Fundo Municipal de Saúde funcione na Secretaria de Saúde sob seu comando, ainda não existe Comissão de Licitação exclusiva da Secretaria de Saúde, o que lhe daria maior autonomia em relação ao controle dos recursos municipais de saúde. A atuação do Controle Social foi considerada incipiente, pois não foi comprovada a atuação regular e deliberativa do Conselho Municipal de Saúde. Observou-se também que os conselheiros não têm o preparo necessário para assumir uma postura independente, propositiva e crítica em relação à gestão municipal. A última subcategoria analisada, capacidade de articulação do gestor também não obteve pontuação considerando que o gestor municipal não busca estabelecer parcerias com outros níveis de gestão nem ocupar espaços políticos nos fóruns e órgãos colegiados do SUS.

6.2.3.1 Subcategoria base de apoio político

Para avaliação desta subcategoria foi averiguada a base de apoio da Gestão na Câmara de Vereadores e o apoio da comunidade, dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação.

O Prefeito atual é a liderança do grupo político hegemônico na cidade há quase 20 anos, período em que se manteve afastado do poder municipal apenas por um mandato. Nesse período ele foi Prefeito por três vezes, incluindo a atual, elegeu seu sucessor por duas vezes e apenas uma vez não conseguiu eleger o seu sucessor (2001-2004). Goza de grande popularidade na cidade e tem apoio da maioria na Câmara de Vereadores. Embora seja de um partido da base aliada do ex-Governador Jarbas Vasconcelos, na última eleição para o Governo do Estado não apoiou o candidato da oposição, ficou “neutro” e liberou suas bases para apoiar outros candidatos, o que terminou sendo conveniente no estabelecimento da relação política com o governo eleito da oposição.

Talvez embalado pela popularidade do Prefeito e apoio das demais secretarias municipais, o Gestor de Saúde não tenha sentido a necessidade de estabelecer uma relação mais estreita com as entidades representativas dos usuários e com os profissionais de saúde, atores que ele considera que têm uma postura indiferente à sua gestão. Esta situação de aparente tranquilidade política só é quebrada pela oposição da rádio comunitária local, aliada do grupo adversário ao atual Prefeito.

A Coordenadora do PSF colocou em sua fala que não considera que os profissionais de saúde em bloco sejam indiferentes, identificando opositores e apoiadores entre eles.

6.2.3.2 Subcategoria autonomia financeira

Para determinar o nível de autonomia financeira da Secretaria de Saúde foram analisados: o nível de autonomia do Gestor Municipal de Saúde para utilização dos recursos municipais, a existência de Comissão de Licitação exclusiva da Secretaria Municipal de Saúde e se o Fundo Municipal de Saúde funcionava na sede da Secretaria de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde não foi consenso como critério de avaliação na Matriz a partir da qual foi adaptada a Matriz empregada neste estudo (SOUZA et al., 2005). Sua

inclusão resultou de sugestão de técnicos do Planejamento da IV Gerência Regional de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde, que afirmaram ser o funcionamento do Fundo Municipal na Secretaria de Saúde um indicativo do grau de autonomia do Gestor Municipal de Saúde na região. Este item também foi incluído no estudo realizado sobre a descentralização da Atenção à Saúde no Brasil por VIEIRA-DA-SILVA et al. (2005).

O Secretário Municipal de Saúde é o ordenador de despesas do Fundo Municipal de Saúde, o qual funciona sob sua gestão na sede da Secretaria Municipal de Saúde (SAIRÉ, 2006b). O relato do Gestor Municipal corrobora esta informação:

Sim, a Secretaria Municipal de Saúde tem autonomia para utilização dos recursos municipais. Autonomia total na utilização dos recursos e as decisões técnicas são comunicadas verbalmente ao Prefeito. Todas as decisões são tomadas por mim e o Fundo Municipal de Saúde funciona de forma independente (GS 2).

De um modo geral, os agentes comunitários e técnicos entrevistados disseram achar que o Secretário de Saúde tem autonomia financeira para gerir os recursos da saúde. Um dos agentes de saúde disse não saber se havia esta autonomia.

Outro item que poderia contribuir para elevar o grau de autonomia seria a existência de Comissão Permanente de Licitação na Secretaria Municipal de Saúde, mas no caso de Sairé, todos os processos licitatórios são concentrados numa estrutura de licitação montada na Prefeitura. A relevância deste critério deve-se ao fato de que dificuldades no processo de compras podem comprometer o funcionamento do sistema de saúde.

O último critério adotado para avaliação da autonomia financeira foi o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde na sede da Secretaria de Saúde, uma realidade em Sairé, onde o mesmo funciona com contabilidade independente da Prefeitura e sob a gestão do Secretário de Saúde.

6.2.3.3 Subcategoria Controle Social

Para determinar a influência do Controle Social enquanto componente da governabilidade, considerou-se como objeto de análise o Conselho Municipal de Saúde, para o qual foram observados os seguintes critérios: sua representatividade, proposição e atuação (controle da aplicação de recursos e funcionamento regular), a capacitação dos conselheiros

para o adequado exercício da função, a regularidade de atuação e deliberação sobre a política de saúde local.

A participação da comunidade na gestão do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências, foi estabelecida pela legislação federal (Constituição Federal, Art. 198, inciso III e Lei 8.080/90, Art. 7º, inciso VIII), regulamentados pela Lei 8.142/90, Art. 1º parágrafos 1 a 5 (BRASIL, 2003a, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A análise das atas das reuniões do Conselho de Saúde mostrou que em 2006 foram realizadas 07 (sete) reuniões, desempenho abaixo do recomendado, que deveria ser de uma reunião mensal (BRASIL, 2007e). Observou-se que além das questões corriqueiras de denúncias e de informes por parte da Gestão acerca dos programas de saúde em andamento, as deliberações dos conselheiros de saúde se restringiram à aprovação do Relatório de Gestão 2005, aprovação do Projeto de Implantação do Hospital de Pequeno Porte (HPP) e aprovação do Projeto de Implantação de três Equipes de Saúde Bucal da Família. Na reunião realizada em maio de 2006 foi apresentado o Plano Municipal de Saúde, mas não houve registro de aprovação do mesmo.

Foi observado também que a composição do Conselho Municipal de Saúde obedece ao disposto na Resolução nº. 33 – Recomendações para Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003), sendo composto por representantes do governo (25%), trabalhadores de saúde (25%), e usuários do SUS (50%).

Os entrevistados mostraram que embora participem da discussão da política de saúde, não têm acúmulo de conhecimento sobre o SUS e sobre o papel do conselheiro para ter uma atuação independente do governo e manifestar os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades, conforme relatos a seguir:

Olha não tem tempo mais nada, quando o Diretor quer fazer a reunião a gente faz, agora como ele disse aqui, é uma displicência dele, ele disse que vai consertar isso, que até veio uma vez um pessoal, um pessoal da Secretaria [de Saúde] [...], assim o pessoal falaram, pra o conselheiro ter mais uma participação melhor, ter mais um conhecimento, e também levar o conhecimento[..] (CMS 4)

Não, que isso é uma falha do Conselho, na realidade eu acredito que falta melhorar, ter algumas, como se diz..., é..., qualificações para os conselheiros, pra ele saber realmente quais são as funções, onde ele pode

agir, onde é que ele ta vendo as falhas que ele pode interferir naquilo (CMS 5).

[...] porque hoje o Conselho ta muito parado, só quando tem reuniões periódicas, quando têm algum interesse é que tem a reunião, então não existe esse canal, assim, não é. [...] Teve um período que pelos menos de dois em dois, de três em três meses a gente se reunia (CMS 5)

[Papel do CMS] Fiscalizar, orientar, dizer onde está errado, onde ta certo, eu acho que é isso. [...] O Secretário chama a gente, tem reunião, né, as vezes, aí escolhe uma ou duas pessoas, aí participa, que não dá pra todo mundo [Capacitação]. [...] Escolheram duas pessoas, aí decidiram que eu ficasse, desempenhasse...foi o Secretário mesmo [Indicação da representação] (CMS 6)

Embora esteja evidente a necessidade de qualificação dos conselheiros, em recente Oficina de Capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde, coordenada pelo Conselho Estadual de Saúde e financiada pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2007, o município de Sairé não enviou nenhum representante, embora tivessem sido disponibilizadas vagas para todos os conselheiros (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2007).

6.2.3.4 Subcategoria capacidade de articulação do gestor municipal

Foi analisado se o município realizou alguma proposta inovadora em parcerias com outros municípios, se o gestor municipal tem uma postura propositiva nos espaços de negociação e se tem participação efetiva nos órgãos colegiados do SUS. Não foi identificada nenhuma proposta inovadora no que se refere à consolidação de parcerias, atuação intergestores, atuação intersetorial, cooperação técnica ou ação regionalizada.

A análise das atas das reuniões mensais da Comissão Intergestores Bipartite Regional, fórum de discussão da política regional de saúde revelou pouca participação e um baixo nível de articulação do gestor municipal.

A conferência das listas de frequência das Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIBE), fórum de discussão da política de saúde, realizado mensalmente, em Recife, composta por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, revelou a ausência do Gestor de Saúde de Sairé na maioria das reuniões. Ressalte-se que os Secretários que frequentam assiduamente este fórum estão entre os mais atuantes e engajados do Estado, independente do porte dos seus municípios.

No último critério avaliado constatou-se que o Gestor Municipal de Saúde não participa da composição de órgãos colegiados como o COSEMS (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde), através dos quais poderia dar maior visibilidade ao município, facilitando a articulação com outros níveis de gestão e raramente participa das reuniões realizadas a cada dois meses, em pontos diferentes do estado.

O Gestor Município não tem uma postura pró ativa em relação à articulação com outros níveis de gestão, especialmente a Secretaria Estadual de Saúde e demonstra certo ressentimento em relação, em sua opinião, à distância e postura autoritária adotadas:

Não consigo vê-los como parceiros, infelizmente a maioria dos técnicos destes níveis [estadual e federal] ainda têm uma postura de cobrança em relação ao que o estado ou a união “determinam”. Já vivemos várias situações nas quais nos vimos obrigados a cumprir determinações impostas por esses níveis sem levar em conta, em nenhum momento, a nossa realidade (GS 3).

[...] a forma autoritária e imponente que um técnico da Secretaria Estadual de Saúde adotou quando da negociação para a assinatura de um Convênio para receber recursos do Governo Federal [...] me causou muita frustração. Naquela ocasião ficou claro que o estado pode deixar um documento guardado numa gaveta por três ou quatro meses, sem que se tenha ao menos a quem reclamar (GS 3).

6.2.4 A influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família

A análise da influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família tomou como referência o modelo-lógico (MATUS, 1996), construído a partir de uma matriz resultante de conferência de consenso, realizada por um comitê de especialistas, para o projeto de investigação “Avaliação da Descentralização da Atenção à Saúde na Bahia” (SOUZA et al., 2005) e do manual para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2006c).

A análise do contexto político-institucional de Sairé revelou que o município tem uma capacidade de gestão incipiente o que, segundo Matus (1996) compromete suas possibilidades de conduzir e gerenciar adequadamente o Sistema Municipal de Saúde.

Foi identificado que as deficiências que comprometem a capacidade de gestão de Sairé são semelhantes às de Riacho das Almas: incapacidade de elaborar proposições consistentes que dêem conta das exigências necessárias para as mudanças propostas, a baixa capacidade de

governo para operar mudanças no Sistema de Saúde, especialmente pela inadequação dos quadros técnicos formação na área de saúde coletiva), incipientes planejamento e avaliação (não é regular, nem usado como instrumento de gestão para a tomada de decisão), inadequação da oferta de serviços (incorporação e oferta de serviços sem planejamento baseados no perfil epidemiológico e social local) e incapacidade de imprimir uma concepção de sistema integral (baseada no triângulo promoção, prevenção e assistência); e a dificuldade em utilizar as condições favoráveis como a autonomia financeira e a base de apoio político para implementar os projetos prioritários, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social.

Portanto a inabilidade de usar adequadamente as condições favoráveis da governabilidade e um projeto de governo frágil, aliado a uma baixa capacidade de governo terminou por montar uma rede de causalidades que justifica o grau insatisfatório de implantação da Estratégia Saúde da Família em Sairé.

Para demonstrar a influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família foi construído um fluxograma para uma melhor aproximação da representação conceitual com a prática, visto que este cenário estar em constante mutação, resultado de um processo complexo que envolve componentes políticos, tecnológicos, simbólicos, afetivos, etc. O fluxograma apresentado na Figura 9, mostra o desempenho do município de Sairé em relação à imagem-objetivo proposta (MATUS, 1996).

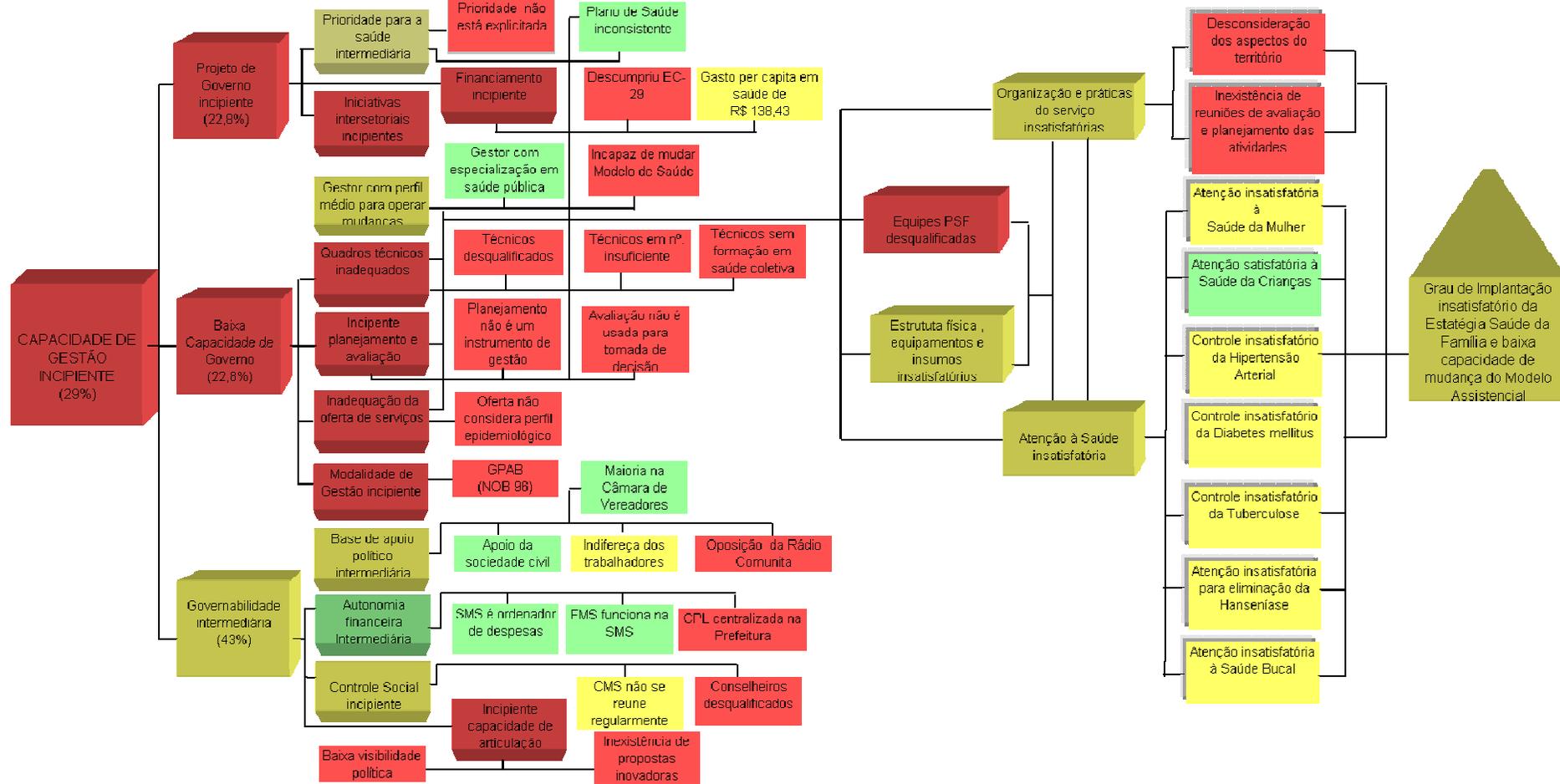


Figura 9 – Fluxograma da influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em Sairé
 Fonte: autora do trabalho

7 DISCUSSÃO

A discussão envolveu os resultados da pesquisa avaliativa desenvolvida para observar a influência do contexto na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), abordada a partir do referencial teórico desenvolvido por Matus (1996) e Denis e Champagne (1997) e da avaliação normativa, que determinou o grau de implantação da ESF, para a qual se adotou como referência conceitual o modelo proposto por Donabedian (1980).

A utilização dessa estratégia de avaliação foi necessária em virtude da multiplicidade de elementos que compõem a ESF, caracterizada pela influência que recebe dos aspectos relacionados ao contexto social, econômico, político, cultural e biológico e pela proposta de um processo de trabalho diferenciado que envolve novas habilidades e mudanças de atitude, exigindo mudanças nas formas de abordagem individual e coletiva, bem como uma atuação integrada dos diversos setores da gestão pública municipal.

Embora inicialmente algumas análises sobre a ESF tendessem a identificá-la como uma simplificação da atenção à saúde (MISOCZKY, 1994; PAIM, 1996), estudos posteriores demonstraram que o programa detinha dimensões de complexidade que o destacava dos demais serviços de saúde, especialmente pela incorporação de tecnologias do conhecimento, da educação em saúde e de um processo de trabalho diferenciado, o que a tornou um locus privilegiado para o desenvolvimento de estudos relacionados a temas de interesse em saúde pública (AZEVEDO, 2007; CAVALCANTE, 2004; CAZELLI, 2003; CONILL, 2002; COPQUE; TRAD, 2005; DIMENSTEIN, 2003; FELISBERTO et al., 2002; FERREIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; LOURENÇÃO; SOLER, 2004; MACINKO et al., 2006; PINHEIRO, 2001; SÁ, 2003; SENNA, 2002; SENNA; COHEN, 2002; SERRA, 2003; VIANA; POZ, 2005, VIEIRA-DA-SILVA et al., 2002).

Em decorrência do nível de complexidade da Estratégia Saúde da Família, optou-se por envolver a análise de categorias relacionadas a dimensão do contexto da intervenção e ao seu grau de implantação. Segundo Paillard (1999), esta estratégia permite uma análise em separado destas categorias, diferenciando os diversos elementos que as compõem, que posteriormente serão reunidos em níveis de complexidade específicos que darão o sentido da totalidade. Em relação ao método multidimensional, Morin (1999, p. 89) observou que “separar e distinguir nunca é cortar; e unir e conjugar nunca é totalizar, mas sim pensar a globalidade”.

Ainda que a discussão referente aos resultados da pesquisa tenha sido sistematizada seguindo os objetivos do estudo, cada um dos itens não deve ser percebido de maneira isolada, senão como partes complementares de um todo, para que se possa ter uma compreensão efetiva da análise de implantação da Estratégia Saúde da Família nos dois municípios estudados.

7.1 O grau de implantação da Estratégia Saúde da Família

O conhecimento do estágio em que se encontram as ações que compõem a intervenção é uma etapa importante para a análise de implantação, pois permite o conhecimento do seu grau de implementação e dos fatores que favorecem a sua dinâmica (HARTZ et al., 1997).

Nesta fase da pesquisa, foi realizada uma avaliação que resultou no julgamento da Estratégia Saúde da Família, comparando os recursos empregados (equipe de saúde, infraestrutura, equipamentos e insumos) e o processo desenvolvido (organização do trabalho, prática dos serviços e a atenção à saúde), com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Quando se analisou a estrutura, procurou-se saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, e quando se analisou o processo procurou-se saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Apesar das particularidades atribuíveis às características de governo e de gestão, ou no sentido de Denis e Champagne (1997), ao contexto de implantação, nos dois municípios estudados foram detectados graus de implantação muito próximos, classificando a Estratégia Saúde da Família como insatisfatória em ambos os municípios.

A avaliação revelou que, nos dois municípios, os profissionais não estão qualificados e motivados para o desenvolvimento das habilidades que se espera de uma equipe de Saúde da Família, não só na atenção à saúde, mas também em relação ao processo de trabalho. A postura dos profissionais dificulta o estabelecimento de vínculos com a população, comprometendo a capacidade da equipe de proporcionar a inclusão daqueles que estão em situações mais precárias e mais vulneráveis (SENNÁ, 2002). Ao refletir sobre o desenvolvimento das atividades coletivas voltadas para a comunidade, Donabedian (1988) destacou que os aspectos sobre os quais os profissionais não possuem controle direto devem

ser observados, compreendidos e considerados, pois estes têm uma evidente influência na qualidade de saúde da população.

É importante destacar um acúmulo maior de atividades pelos enfermeiros nos dois municípios estudados, não só em relação à atenção à saúde como à organização das práticas do serviço. Em ambos os municípios, apesar das unidades de saúde da família estarem abertas os dois horários, acordos informais permitem que os profissionais de nível superior trabalhem em horário corrido, o que significa que teoricamente eles não deveriam interromper suas atividades no horário de almoço e que tenham um chamado “dia branco”, no qual estão dispensados do trabalho. Observou-se também uma diferença em relação à quantidade de dias trabalhados, sendo geralmente quatro para os enfermeiros e odontólogos e três para os médicos, enquanto os demais integrantes da ESF trabalham os cinco dias da semana, em horário integral. Um aspecto que contribui fortemente para a concessão feita aos médicos se refere às dificuldades em compor a equipe e manter estes profissionais.

Os gestores municipais dos dois municípios destacaram que os recursos humanos constituem uma grande problemática, especialmente no que se refere à alta rotatividade dos médicos, a falta de envolvimento e a desqualificação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, o que coincide com estudos anteriores (CONILL, 2002; BRASIL, 2000; VIANA; DAL POZ, 2005).

Outro aspecto destacado em relação ao processo de trabalho da equipe se refere ao fato de que as visitas domiciliares são realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, com pouco envolvimento dos profissionais de nível superior.

Em relação à qualificação das equipes de Riacho das Almas, estas não dispõem de profissionais com curso de especialização em saúde da família, enquanto que Sairé possui três profissionais com especialização. Quanto à realização de treinamento introdutório, uma equipe de Riacho das Almas passou por essa capacitação enquanto que em Sairé nenhuma das equipes foi qualificada.

A avaliação mostrou que algumas das atividades características do modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família não estão sendo desenvolvidas ou o estão de forma incipiente em Riacho das Almas, a exemplo das ações de esclarecimento da população sobre o papel da Saúde da Família, o planejamento das atividades baseado no diagnóstico de saúde da população adscrita, o registro dos aspectos do território e de sua população e o trabalho multiprofissional para o diagnóstico, planejamento e realização das ações. Apesar disso, constatou-se um avanço das equipes de Riacho das Almas em relação à utilização do Sistema

de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o planejamento das ações e realização do diagnóstico da situação de saúde da população.

Em Sairé, os avanços identificados se referem ao envolvimento multiprofissional para realização do diagnóstico, planejamento e realização das ações, o registro dos aspectos do território e de sua população, a realização de reunião mensal de avaliação e planejamento das atividades, a utilização de mapas com a caracterização do território por micro área. No entanto ainda é desenvolvido de forma incipiente o diagnóstico de saúde da população, a utilização do Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB) para o planejamento das ações, o esclarecimento da população sobre o papel do PSF, o planejamento das atividades baseado no diagnóstico de saúde da população adscrita e a avaliação dos resultados alcançados.

No município de Riacho das Almas, verificou-se que o número de famílias acompanhadas pelas equipes está acima do recomendado pela Portaria nº. 648/GM (BRASIL, 2007c), aspecto que, ao se aliar a uma evidente dificuldade em priorizar as atividades coletivas na organização e práticas do serviço, conforme identificado no resultado da avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, desvirtuam o papel a ser desempenhado pelas equipes. Ao realizar uma análise crítica do Programa Médico de Família e do Programa Saúde da Família, Senna e Cohen (2002) observou dificuldades dos profissionais do PSF, em particular do profissional médico, em adequar os trabalhos de campo e as atividades dentro das unidades, decorrentes, em muitos casos, da grande demanda por assistência individual, reduzindo-se com isso o desenvolvimento das ações voltadas para a comunidade.

Em Sairé, a população adscrita está de acordo com os parâmetros estabelecidos (BRASIL, 2007c), mas, na análise do contexto, observou-se que esta situação não é resultante de uma estratégia de planejamento com vistas a um melhor acompanhamento das famílias e sim das características geográficas da zona rural do município, onde estão implantadas 80% da equipes de saúde da família, a qual apresenta uma baixa densidade populacional.

Quando se avaliaram a infra-estrutura e os equipamentos, entre os recursos que tiveram avaliação negativa nos dois municípios e podem vir a comprometer os resultados esperados pela estratégia, estão: a insuficiência de equipamentos básicos, a falta de manutenção preventiva dos mesmos, a insuficiência de equipamentos eletrônicos para realização de atividades educativas e a falta de espaço para as reuniões de equipe e para as atividades dos agentes comunitários de saúde.

A análise da atenção à saúde revelou um considerável avanço na organização e na garantia dos aspectos que se referem ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das

responsabilidades inerentes às áreas estratégicas da assistência à saúde, especialmente nas ações de saúde da criança, cujos resultados demonstraram um desempenho satisfatório das equipes em ambos os municípios. Em um estudo sobre avaliação da atenção à saúde da criança, no qual foram analisados o desempenho da atenção em unidades do Programa Saúde da Família e de unidades do modelo tradicional de Caruaru e Bezerros, Samico (2003) verificou que o melhor desempenho foi nas áreas do PSF de ambos os municípios analisados, que apresentaram maior aderência e satisfação da comunidade, menor ocorrência de hospitalizações e maior integralidade de ações, embora na avaliação de forma imbricada do grau de implantação da atenção à saúde da criança e os efeitos (satisfação dos usuários e hospitalização por doença diarréica e pneumonia), houve uma maior coerência entre os resultados para as unidades pertencentes ao modelo tradicional de atenção à saúde em ambos os municípios.

O grau de implantação das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde foi um pouco menor em relação ao controle da hipertensão arterial, controle da Diabetes mellitus, da tuberculose e controle da hanseníase. Quanto à saúde bucal, Riacho das Almas apresentou um avanço em relação à estruturação desta área estratégica, implantada em quatro das equipes, enquanto que, em Sairé, não foram identificados trabalhos nesta área que possam ser classificados como de saúde bucal da família, embora o município tenha sido contemplado pelo Ministério da Saúde com duas equipes para dar cobertura a quatro unidades de saúde da família.

O cenário muda para pior quando o foco sai dos aspectos referentes à assistência propriamente dita, que privilegia a abordagem individual, e se volta para as atividades de vigilância à saúde, que têm no componente educativo o eixo central da maioria das ações preconizadas. Entre as atividades que prejudicaram o desempenho das equipes em ambos os municípios, destacaram-se a insuficiência de atividades educativas regulares voltadas para a promoção da saúde, prevenção das doenças e controle das condições de risco e a baixa qualificação das equipes para o desenvolvimento das suas atribuições.

Reflexões sobre a necessidade de transformação da relação profissional-usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas vêm sendo feitas por vários autores, entre os quais se destacam Alves (2004), Pinheiro (2001) e Paim (2002). As dificuldades encontradas pelas equipes de saúde da família em transferir o foco de sua atenção dos aspectos meramente assistenciais para as atividades de vigilância em saúde, que têm no componente educativo o eixo central da maioria das ações preconizadas, levaram alguns autores a questionar o seu poder de mudança. Paim (2002, p.

363) ponderou que “apesar da relevância da implantação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para reorientação dos modelos assistenciais dominantes”.

Neste aspecto, o presente estudo reproduziu resultados encontrados em outras pesquisas, como as realizadas por Silva et al. (2006) e Souza (2000), que revelaram que no desenvolvimento cotidiano do processo de trabalho, as equipes de saúde da família não conseguem integrar/articular as ações assistenciais com a dimensão educativa.

O desconhecimento dos membros das equipes de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da ESF e a baixa capacidade de governo da gestão municipal são apontados, tanto em Riacho das Almas quanto em Sairé, como determinantes do pouco envolvimento das equipes com a área de prevenção de doenças e promoção da saúde. Aspectos outros como perfil dos profissionais e formação longitudinal, provavelmente contribuem para esta postura profissional e devem ser alvos de novos estudos.

Apesar das distorções identificadas na implantação da intervenção é inegável que a Estratégia Saúde da Família nos municípios de Riacho das Almas e Sairé vem contribuindo para a qualificação da atenção à saúde no município, especialmente no que se refere à organização da assistência à saúde e à expansão da cobertura da atenção básica. Estudos anteriores já comprovaram esta tendência, como a investigação realizada com 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, entre 1998 e 2000, que revelou que o processo de descentralização induzido pelo Governo Federal, possibilitou a estruturação e ampliação da oferta de serviços, não só da atenção básica, mas a partir da sua organização, também da atenção de média e alta complexidade (VIANA et al., 2002). Em estudo para avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas Equipes de Saúde da Família de Camaragibe, Cavalcante (2004) identificou que o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família para o conjunto das áreas estratégicas mínimas da atenção básica e os indicadores de saúde demonstraram visível melhoria da situação de saúde do município. Outro trabalho importante foi um inquérito realizado com 3.119 equipes de 1.219 municípios de 24 estados (BRASIL 2000c) cujos resultados mostraram um alto percentual de adesão aos princípios-chave tais como definição de território, adscrição das famílias, cadastro, prontuário familiar e agenda. Foi referida ainda a ampliação do acesso nas seguintes atividades: pré-natal, assistência à puérpera, criança, adolescente, adultos, idosos, coleta para exame papanicolau, planejamento familiar, consulta ginecológica, controle da hipertensão, diabetes, DST, hanseníase e tuberculose e vigilância epidemiológica. Segundo Conill (2002, p. 196):

Alguns estudos enfocaram a avaliação da atenção primária e da saúde comunitária no âmbito internacional. A análise da implantação da reforma quebequense nos anos 70, mostrou que a integralidade da atenção foi o objetivo com maior expressão nos Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), porta de entrada da nova rede. No entanto, apesar de terem ocorrido inovações tais práticas permaneceram marginais, não sendo suficientes para imprimir uma mudança no modelo assistencial [...]. Porém, essas organizações voltam à cena na reforma mais recente, em função da chamada “virada ambulatorial.

Alguns autores alertam sobre a necessidade de pensar a expansão da atenção básica como integrante de um sistema de saúde unitário, considerando as necessidades locais e as demandas por serviços de outros níveis de complexidade após a implantação de intervenções como a Estratégia Saúde da Família (MARQUES; MENDES, 2002).

7.2 O contexto político-institucional

Em relação à análise do contexto, iniciaremos a reflexão acerca da expectativa que os gestores municipais de saúde de Riacho das Almas e Sairé têm quanto aos seus projetos de governo. Foi possível perceber que essa expectativa é pouco ambiciosa e de alcance restrito, na medida em que estes não parecem aspirar aos projetos de governo com maiores possibilidades de alcance.

Segundo Matus (2006) a governabilidade tem a ver com o projeto de governo que se almeja. Quanto mais ambicioso o projeto de governo, maior deverá ser a governabilidade para estruturá-lo e a capacidade de governo para posteriormente implementá-lo. Um projeto de governo pouco ambicioso restringe as possibilidades dos municípios em provocar alteração dos modelos assistenciais dominantes, não exige maior governabilidade, e nem demanda uma necessidade de aumentar sua capacidade de governo.

A relação de interdependência, apontada por Matus (2006), entre as três categorias analisadas, onde a baixa capacidade de governo apresentada pelos municípios leva à construção de projetos de governo débeis, que por sua vez não necessitam de maior governabilidade para sustentá-los, foi identificada nos dois municípios analisados, apesar destes guardarem suas particularidades, atribuíveis às características de governo e da gestão, ou no sentido de Denis e Champagne (2005), ao contexto de implantação.

A avaliação do contexto em Riacho das Almas, segundo Matus (2006), mostrou que o município tem uma capacidade de gestão intermediária a partir da imagem-objetivo proposta (Matus, 1996), resultante do desempenho das categorias projeto de governo (intermediário), capacidade de governo (incipiente) e governabilidade (intermediária). Estes resultados mostraram que o município tem uma capacidade média de elaborar proposições com vistas ao alcance de seus objetivos, um cenário relativamente favorável para a implantação das ações propostas, mas dispõe de poucos recursos para conduzir e gerenciar adequadamente estas ações.

A avaliação do contexto em Sairé mostrou que o município tem uma capacidade de gestão incipiente, resultante do desempenho das categorias projeto de governo (incipiente), capacidade de governo (incipiente) e governabilidade (intermediária). Do mesmo modo que Riacho das Almas ficou evidente tem uma baixa capacidade de elaborar proposições com vistas ao alcance de seus objetivos, embora possua um cenário relativamente favorável para a implementação das ações propostas, dispondo, no entanto, de poucos recursos para conduzir e gerenciar adequadamente estas ações.

A análise da categoria projeto de governo mostrou que em relação aos gastos públicos em saúde, o gasto per capita de Riacho das Almas foi 68% maior que o gasto per capita de Sairé, e o orçamento executado do tesouro municipal (gastos com saúde) do primeiro girou em torno de 22,4%, entre 2000 e 2005, contra 11,71% de Sairé no mesmo período (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE, 2007). Embora os resultados apontem para um volume maior de recursos aplicados em saúde em Riacho das Almas, a organização do setor saúde e as práticas desenvolvidas nos dois municípios não se diferenciaram, tendo sido classificadas como insatisfatórias para ambos. Em estudo realizado para analisar a implantação da gestão descentralizada em saúde, Vieira-da-Silva et al. (2007), ressaltou que o fato de os gastos per capita em saúde não terem mostrado concordância com a organização do setor saúde e as práticas desenvolvidas, apresentando algumas vezes relações paradoxalmente inversas, revela que a análise em profundidade e desagregada para o nível do município, pode levar a conclusões distintas daquelas produzidas pelos trabalhos com dados agregados. Viana et al. (2002), por exemplo, apontaram que os grupos de municípios em gestão plena menos resolutivos, foram aqueles com menor disponibilidade financeira e menor capacidade de gasto com pessoal.

Para entender melhor a aparente contradição apresentada pelos resultados de Riacho das Almas, os quais mostram que o nível de investimentos em saúde acima do recomendado para o setor (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007) não se traduz no nível de

organização dos serviços e da assistência à saúde, conforme demonstrado pelos resultados obtidos pela avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família (SOUZA; COSTA, 2007), passaremos a discutir os outros critérios escolhidos, além do orçamento executado do Tesouro Municipal, para a análise do projeto de governo.

Um outro aspecto avaliado, o Plano Municipal de Saúde de Riacho das Almas, mostrou-se inconsistente em relação às prioridades estabelecidas para a saúde e as ações propostas para concretizá-las, comprometendo sua real implantação. As dificuldades encontradas para elaboração de um Plano de Saúde com um conteúdo consistente e coerente com a política de saúde proposta, foram associadas no estudo à baixa capacidade de governo, resultante da inadequação dos quadros técnicos e da inexistência de uma estrutura de planejamento e avaliação. Observou-se que em Riacho das Almas parte das responsabilidades previstas para os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (BRASIL, 2002a), entre as quais estão a elaboração do Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e implantação do Sistema Municipal de Regulação, Controle e Avaliação, foram formalizados apenas para cumprir as exigências do processo de municipalização, não sendo utilizados como instrumento de gestão pela Secretária Municipal de Saúde, o que compromete significativamente a regulação dos serviços especializados e de apoio ao diagnóstico. Segundo Barros et al. (1996) a criação por lei da obrigatoriedade do cumprimento de determinadas exigências pelos municípios não garante que o processo de planejamento seja incorporado pelas Secretarias Municipais de Saúde que assumem a gestão do sistema. É possível sim, que o planejamento faça parte do cotidiano da gestão, desde que os municípios implantem uma estrutura organizativa com quadros técnicos capacitados e que estejam mais conscientes das vantagens contidas no planejamento e avaliação das ações.

No caso do Plano Municipal de Saúde de Sairé, embora de alcance limitado nas suas proposições, uma vez que se limita a planejar a implementação exclusivamente das ações programáticas definidas pelo Ministério da Saúde, apresenta consistência e uma coerência entre os problemas priorizados e as ações propostas. Observou-se que o Plano de Saúde não foi elaborado pela equipe da Secretaria de Saúde e sim por uma assessoria técnica contratada para esse fim. Segundo o Gestor de Saúde, o município não teria pessoal com preparo técnico para elaboração desse documento, razão pela qual se depreende que também não tem as condições para fazer uso do referido plano como instrumento de acompanhamento da gestão.

Em relação à última subcategoria analisada do projeto de governo, a existência de iniciativas intersetoriais, consideradas um importante componente das políticas de saúde voltadas para a mudança do modelo assistencial (PAIM, 1994, MENDES 1996), não se

identificaram nos municípios estudados iniciativas para incluir nas suas políticas, planos e orçamentos, ações intersetoriais a serem realizadas com parceiros dentro ou fora do município, com vistas ao enfrentamento dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença. As dificuldades em incorporar o trabalho intersetorial ao projeto de governo foram ressaltadas em diversas experiências publicadas, que apontaram entre os principais obstáculos encontrados a não incorporação por parte dos parceiros dos projetos como “seus” (FERREIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; GOMEZ, 1987; NOVAES, 1990). Pela análise das entrevistas e da pesquisa documental, concluiu-se que o perfil dos gestores municipais dos dois municípios em estudo não apresenta robustez, dada pela liderança política e experiência técnica para implementar as ações intersetoriais necessárias para consolidar o modelo de atenção. Junqueira e Inojosa (1997) ressaltaram que a implantação desse tipo de estratégia de trabalho requer uma decisão política que muitas vezes está acima do poder dos Secretários Municipais, porque implica em romper com o padrão hegemônico de prestação de serviços que reflete uma estrutura de poder onde imperam a fragmentação, a setorialização e a centralização.

A análise da capacidade de governo revelou uma situação semelhante nos dois municípios, considerados incipientes em relação a esta categoria. No caso de Riacho das Almas o resultado se mostrou incompatível considerando que o município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) (BRASIL, 2002a) o que pressupõe a existência de quadros técnicos qualificados e em número suficiente, instrumentos regulares de planejamento e avaliação e organização da oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades da população para dar conta da gestão de todo o Sistema Municipal de Saúde. Como já abordado na discussão da categoria projeto de governo, a análise dos conteúdos das entrevistas e dos documentos institucionais revelou que embora estes aspectos tenham sido formalmente comprovados em cumprimento das exigências do processo de municipalização, eles não fazem parte da rotina de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde. A análise documental indica que muitas das estruturas exigidas para que o município de Riacho das Almas fosse habilitado em GPSM provavelmente foram cumpridas de forma cartorial apenas para atender às exigências do processo de municipalização. A criação por lei de estruturas como controle e avaliação não garante que o processo de planejamento seja incorporado pelas Secretarias de Saúde, a exemplo do que aconteceu em Riacho das Almas, que não dispõe de uma estrutura organizativa com quadros técnicos capacitados e conscientes das vantagens contidas no planejamento das ações.

Quanto a Sairé, este foi habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) (BRASIL, 1997), tendo entre suas atribuições a responsabilidade pela atenção básica (atenção à saúde, ações básicas de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária) e pelo controle da referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios. Embora suas responsabilidades estejam restritas ao nível da atenção básica, da mesma forma que Riacho das Almas, o município não apresentou evidências de estrutura técnico-operacional compatível com seu nível de gestão.

O fato de Riacho das Almas, ao contrário de Sairé, estar habilitado em uma forma de gestão avançada, Plena do Sistema Municipal (GPSM), não implicou melhorias automáticas na gestão, na organização das práticas e na reestruturação da rede de saúde. Tanto que os dois municípios foram classificados como em estágio insatisfatório em relação à “imagem-objetivo” delineada para visualizar o grau de implantação da intervenção. Ou seja, a descentralização de recursos e responsabilidades sanitárias correspondentes ao nível de habilitação assumida por si só não pareceu capaz de assegurar mudanças no sistema local de saúde, tal como foi verificado por Atkinson et al. (2005) e Vieira-da-Silva et al. (2007). Alguns achados desta pesquisa encontraram ressonância em um estudo de envergadura nacional realizado por Vianna e Dal Poz (2005) para avaliar o Programa Saúde da Família, no qual os autores concluíram que a implementação do PSF provoca um aumento de produção, o tipo de gestão parece não interferir e há problemas na composição e manutenção das equipes.

Nos dois municípios os resultados das análises evidenciaram uma baixa capacidade de governo, caracterizada pela incipiente liderança dos gestores municipais de saúde dos dois municípios, que embora tenham formação na área de saúde coletiva, não conseguem aglutinar os diversos atores em torno do projeto de governo nem se mostram capazes de imprimir as mudanças implícitas no modelo de atenção proposto. Além desse aspecto, ainda se destaca a baixa qualificação dos assessores diretos sem formação na área de saúde coletiva nem experiência de gestão, com exceção da Coordenadora do PSF de Sairé, o que provavelmente explica o desempenho ligeiramente superior de Sairé em relação à organização e ao processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (SOUZA; COSTA, 2007). Também nas áreas técnicas se constatou, em ambos os municípios, que a quantidade de profissionais era insuficiente e que estes não eram qualificados em suas áreas de atuação. Em relação a este item Sairé obteve novamente uma vantagem em relação a Riacho das Almas, porque seu Coordenador de Epidemiologia e Vigilância Sanitária é um técnico de nível superior, capacitado pela Secretaria Estadual de Saúde, enquanto que em Riacho das Almas não existe nenhum profissional de nível superior respondendo por estas atividades.

A baixa capacidade de governo, vinculada ao perfil do gestor e dos quadros técnicos, certamente contribuiu para o desempenho insatisfatório da Estratégia Saúde da Família, conforme demonstrado “na imagem-objetivo”. Chamou à atenção a incipiência, quando não a inexistência, de instrumentos de planejamentos e avaliação formalmente constituídos e a implementação exclusivamente dos programas definidos pelo Ministério da Saúde, sem consideração ao perfil epidemiológico e social local. A inexistência de uma prática sistemática de planejamento e avaliação por parte do nível central e nas unidades de saúde da família demonstra sua subestimação por parte dos gestores municipais e a pouca importância que se dá às atividades eminentemente de saúde coletiva. Em uma análise sobre as políticas para reorganização da atenção básica, Teixeira (2002), enfatizou a necessidade de ações políticas e técnicas, a exemplo do planejamento e avaliação das ações e serviços, para fortalecimento das gestões municipais e consolidação de modelos de saúde que priorizem a incorporação de ações de saúde que estejam em sintonia com os problemas e as necessidades da população.

Cabe destacar a influência do processo normalizador federal em relação à organização das práticas de saúde locais. Nos dois municípios a ampliação dos gastos com saúde bem como a adoção de diversas medidas relacionadas com a reorganização da atenção resultaram mais de respostas às iniciativas do Ministério da Saúde do que da ação da Secretaria Municipal de Saúde. Se isso por um lado é positivo, pois mostra a importância da definição de políticas públicas por parte do Governo Federal possíveis de serem implantadas em nível local, por outro lado, demonstra a limitação da capacidade propositiva e definidora da gestão municipal ou sua insuficiência técnica.

Quanto à categoria Governabilidade, a avaliação revelou que nos dois municípios o apoio do poder executivo e da sociedade civil aos gestores municipais resultou da influência do Prefeito, enquanto que o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, o qual depende diretamente da atuação do gestor de saúde, apresentou uma aparente fragilidade nos dois municípios. A não identificação nas falas dos profissionais de saúde nem na sua atuação no serviço do reconhecimento do projeto de governo como “seu” ou a percepção de realização profissional no setor público foram elementos que compuseram o quadro da governabilidade nos municípios. Ainda em relação à base de apoio os dois gestores municipais relataram ter oposição de rádios comunitárias que estão sob o comando da oposição, embora tenham ressaltado que estas não têm estatura para representar um risco para a gestão.

Em relação ao Controle Social existe um baixo investimento por parte dos gestores para qualificar os conselheiros de saúde, importantes aliados para o aumento da

governabilidade. Os conselheiros de saúde dos dois municípios não apresentam acúmulo de conhecimento sobre o SUS e sobre o papel do conselheiro para ter uma atuação independente do governo e manifestar os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. A atuação do Controle Social em Sairé mostrou-se mais frágil do que em Riacho das Almas porque além da baixa qualificação dos conselheiros, o Conselho Municipal de Saúde não se reúne com a regularidade exigida pela legislação.

Um aspecto que se destacou na avaliação da governabilidade foi a autonomia financeira conquistada pelos dois gestores municipais, representada pela ordenação das despesas e gestão do Fundo Municipal de Saúde. Essa autonomia, decorrente das exigências do processo de descentralização, certamente ocorreu sem maiores atribulações porque nos dois municípios as atividades de saúde praticamente se limitam à implementação de ações programáticas federais cujas verbas têm destinações específicas.

Das três categorias analisadas, a capacidade de governo, que depende diretamente do Gestor Municipal porque o cumprimento de seus aspectos depende diretamente da ação da Secretaria de Saúde, foi a que teve o pior desempenho nos dois municípios. Em contrapartida, a governabilidade, cujo desempenho em grande parte está sob responsabilidade do poder executivo municipal foi a que teve o melhor desempenho. As dificuldades relatadas reforçaram a articulação, teoricamente apontada por Matus (1996) entre capacidade de governo e projeto de governo, uma vez que uma baixa capacidade de governo diminui as chances do desenvolvimento de um projeto de governo consistente. Isto foi observado nos dois municípios, que convivem com dificuldades eminentemente técnicas e outras como a dificuldade de se articular com outros níveis de gestão, a desqualificação do controle social, e até mesmo, dificuldades de obter apoio da própria equipe. Isso foi apreendido nas declarações dos gestores, em respostas aos questionários e entrevistas.

O estudo reforçou que para o gestor de saúde ser bem sucedido é preciso fortalecer a capacidade da gestão municipal, utilizando-se dos instrumentos de gestão contidos nas três categorias analisadas neste estudo, na tentativa de equacionar os problemas existentes. Segundo Matus (1996, p. 59):

O condutor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias (seu projeto), superando os obstáculos de maneira não passiva, mas ativamente resistente (governabilidade do sistema). E, para vencer essa resistência com sua força limitada, o condutor deve demonstrar capacidade de governo.

Enfim, a utilização da estratégia de análise de implantação, no seu componente 1, que segundo Denis e Champagne (1997) corresponde à análise da influência do contexto sobre o grau de implantação da intervenção, mostrou-se bastante eficiente ao permitir estabelecer a relação entre as duas dimensões de análise abordadas. No plano metodológico, a escolha do estudo de caso para analisar a implantação da intervenção mostrou-se também acertada, uma vez que no estudo foram privilegiadas as dinâmicas de interação entre os atores envolvidos na implantação da intervenção da Estratégia Saúde da Família.

7.3 A influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família

Os casos analisados na presente investigação reuniram informações que permitiram relacionar a capacidade de gestão dos municípios, determinada a partir da análise das categorias do contexto político-institucional (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade) com o grau de implantação alcançado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), tomando como referencial teórico Matus (1996), Denis e Champagne (1997) e Donabedian (1980).

O resultado da análise do contexto político-institucional revelou que Riacho das Almas tem uma capacidade de gestão superior à de Sairé, mas o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família nos dois municípios se mostrou igualmente insatisfatório, demonstrando que provavelmente outros determinantes contextuais não contemplados neste estudo, tenham uma influência maior sobre o grau de implantação da intervenção do que as categorias de governo.

Esta aparente discrepância torna-se compreensível quando se avaliam as subcategorias e percebe-se que o desempenho dos dois municípios se assemelha especialmente em relação às subcategorias que têm forte influência sobre a determinação do grau de implantação do programa.

As dificuldades encontradas nos dois municípios pesquisados correspondem especialmente a:

- a) Incapacidade de elaborar proposições consistentes que dêem conta de uma série de exigências necessárias para as mudanças propostas, no caso em questão, a mudança do modelo assistencial a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família;

Diferentemente de Sairé, Riacho das Almas se destaca pelo financiamento da saúde e pelo compromisso político com a saúde, mas nos dois casos o projeto de governo dos gestores expressou planos pouco ambiciosos, refletindo a baixa capacidade de governo desses municípios;

- b) Baixa capacidade de governo para operar mudanças no Sistema de Saúde pela inadequação dos quadros técnicos (desqualificados, insuficientes e sem formação na área de saúde coletiva); incipientes planejamento e avaliação (não há regularidade, nem são usados como instrumento de gestão para a tomada de decisão), inadequação da oferta de serviços (incorporação e oferta de serviços sem planejamento baseado no perfil epidemiológico e social local) e incapacidade de imprimir um modelo sistema centrado na concepção de vigilância à saúde (baseado no triângulo promoção, prevenção e assistência);
- c) Dificuldade em utilizar as condições favoráveis como a autonomia financeira e a base de apoio político para implementar os projetos prioritários, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social. As dificuldades relatadas reforçaram a articulação, apontada por Matus (1996), entre capacidade de governo e governabilidade, na medida em que a baixa capacidade de governo, apresentada pelos dois municípios, impede o aumento da governabilidade. Observe-se ainda que entre os critérios analisados na categoria governabilidade, os que conseguiram os melhores desempenhos foram aqueles que dependeram de uma interferência direta do Prefeito, como o estabelecimento de alianças políticas, enquanto que os do nível da governabilidade do Secretário de Saúde foram os piores avaliados.

Os resultados da análise revelaram que os cenários apresentados pelos municípios pesquisados, apesar de guardarem suas particularidades, atribuíveis às características de governo e da gestão, ou no sentido de Denis e Champagne (2005), ao contexto de implantação, se assemelharam nas condições descritas anteriormente, condicionando um grau de implantação insatisfatório da Estratégia Saúde da Família em ambos os casos.

Riacho das Almas alcançou uma capacidade de gestão média, resultante do desempenho das categorias analisadas: projeto de governo (intermediário), capacidade de governo (incipiente) e governabilidade (intermediária).

A inabilidade em usar adequadamente as condições favoráveis da governabilidade e um projeto de governo frágil, aliados a uma baixa capacidade de governo terminaram por

montar uma rede de causalidades que justifica o grau insatisfatório de implantação da Estratégia Saúde da Família alcançado nos dois municípios. O exemplo a seguir retirado do fluxograma que mostra o desempenho dos municípios em relação à imagem-objetivo proposta é uma representação, passo a passo, de como esta rede de causalidades se estabelece:

- a) Baixa capacidade de gestão;
- b) Equipe insuficiente e desqualificada;
- c) Projeto de governo pouco ambicioso;
- d) Inexistência de estrutura regular de planejamento e avaliação;
- e) Incorporação de ações programáticas de saúde e oferta de serviços sem considerar o perfil epidemiológico e social local;
- f) A organização e o processo de trabalho não incorporam a noção de território e a necessidade do envolvimento multiprofissional no diagnóstico, planejamento, avaliação e execução das atividades;
- g) Atenção à saúde insatisfatória;
- h) Grau insatisfatório de implantação da Estratégia Saúde da Família;
- i) Baixa capacidade de consolidação de um modelo de saúde baseado na tríade prevenção da doença, promoção da saúde e recuperação da saúde.

O presente estudo possibilitou a exposição de alguns dos aspectos que caracterizam a Estratégia Saúde da Família, através de uma abordagem ampla, que permitiu uma apreensão mais aproximada da realidade da implantação dessa intervenção, facilitada pelo método qualitativo, fundamental quando se pretende avaliar objetos que se encontram no campo das representações sociais (TANAKA; MELO, 2003).

Em uma análise sobre as políticas para a reorganização da atenção básica no Brasil, Bodstein (2002), salientou a importância dos processos avaliativos, em especial no âmbito local e reforçou a utilidade das análises qualitativas comparativas e de estudos de caso diante de situações de contexto diversos, cujos resultados poderão ser utilizados para apoiar a gestão no planejamento e na tomada de decisão.

As principais limitações encontradas por este estudo para operacionalização da Estratégia Saúde da Família em Riacho das Almas e Sairé seriam decorrentes da qualificação inadequada dos profissionais, baixa oferta de médicos, insuficiência de recursos financeiros e falta de capacidade dos gestores municipais para promover a implantação de práticas

centradas nos princípios da vigilância à saúde (prevenção das doenças, promoção da saúde e assistência).

Na percepção dos entrevistados, apesar das dificuldades, ocorreram avanços porque antes da implantação da Estratégia Saúde da Família a atenção à saúde nos dois municípios se limitava, quase exclusivamente, a assistência prestada pelas unidades hospitalares locais.

Não obstante os avanços identificados é evidente que os dois municípios não estão explorando todo o potencial representado por esta intervenção para a realização das mudanças estruturais necessárias para a transformação da realidade de saúde local, havendo necessidade de empreender esforços no sentido de superar as dificuldades e consolidar as mudanças propostas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitem algumas conclusões, porém, mais do que isso, abrem espaço a novas reflexões, discussões e futuras avaliações que abordem temas como a qualidade dos serviços prestados pelas equipes de Saúde da Família, o papel das Gerências Regionais de Saúde como ordenadores do modelo Regional de Atenção à Saúde e as características do processo de municipalização no Estado de Pernambuco.

Embora venha se destacado o papel da Estratégia Saúde da Família como agente indutor de mudança do modelo assistencial hegemônico centrado na oferta de serviços curativos para um outro que priorize o controle de riscos e causas, a promoção e prevenção e as ações intersetoriais (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 1998, 2000b, 2001, 2002, 2003b, 2006b; FRANCO; MERHY, 2004; MENDES, 1998; TEIXEIRA, 2002), os achados deste estudo não produziram evidências que nos municípios estudados esta mudança esteja ocorrendo.

É certo que a implantação da ESF nos municípios de Riacho das Almas e Sairé contribuiu para ampliar a cobertura da atenção básica no município e para a organização de um modelo assistencial que adotou a saúde da família como portas de entrada para o Sistema. Mas, a expansão da ESF não se fez acompanhar de uma correspondente melhoria no nível de organização e práticas desses serviços, conforme demonstrou o grau de implantação desta intervenção. Os municípios de Riacho das Almas e Sairé se limitaram a executar as ações programáticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, Controle do Diabetes Mellitus, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase e Saúde Bucal) sem considerar o perfil epidemiológico e social local para organizar a oferta dessas e abrindo mão da utilização regular de instrumentos gerenciais que poderiam qualificar este atendimento, entre eles os sistemas de informação oficiais para o planejamento e monitoramento das ações e a realização de diagnóstico de saúde da população, cenário que aponta para a necessidade de estudos subseqüentes que abordem a qualidade dos serviços prestados.

Os resultados deste estudo que investigou o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família considerando seu contexto de implantação permitiram encontrar as respostas colocadas a seguir e que contemplam as questões da pesquisa.

O grau de implantação alcançado pela ESF em ambos os municípios foi considerado insatisfatório. Apesar dos municípios não estarem explorando todo o potencial representado pela ESF para operar as mudanças estruturais necessárias para transformação da realidade

local e da frágil capacidade de governo da gestão municipal, constatada no resultado da avaliação do contexto da intervenção, identificaram-se avanços na reorganização, na oferta e na cobertura da assistência, reafirmando a opção dos municípios pela implantação de um novo modelo de atenção, que tem potencial para reorientar o modelo assistencial.

Os resultados da análise do contexto nos dois municípios pesquisados, apesar de guardarem suas particularidades, atribuíveis às características de governo e da gestão, se assemelharam nas condições que demonstraram como os elementos contextuais influenciaram o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em ambos os casos: incapacidade de elaborar proposições consistentes que dêem conta de uma série de exigências necessárias para as mudanças propostas, baixa capacidade de governo para operar mudanças especialmente pela inadequação dos quadros técnicos e incipientes planejamento e avaliação, inadequação da oferta de serviços, incapacidade de imprimir uma concepção de vigilância à saúde ao modelo local de saúde, dificuldade em utilizar as condições favoráveis como a autonomia financeira e a base de apoio político para implementar os projetos prioritários considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social.

Os resultados encontrados foram coerentes com a hipótese que permeou este trabalho que considerou que entre os dois municípios analisados, Riacho das Almas, por ser um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, deveria se aproximar mais da “imagem-objetivo” proposta, uma vez que teria mais robustez no que se refere à captação de recursos financeiros, infra-estrutura técnico-operacional e capacidade de gestão.

O grau de implantação alcançado pela intervenção foi muito semelhante em ambos os municípios e em todas as áreas, apesar da “ligeira vantagem” de Sairé sobre Riacho das Almas, resultado que não representa uma refutação da hipótese, considerando que neste tipo de estudo não se tem uma relação direta e linear e sim aproximações. É possível que existam outros fatores contextuais não explorados neste trabalho que possam ter influenciado nesse desempenho de Sairé.

Em relação à análise do contexto que envolveu as categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade, a hipótese se confirmou, tendo o município de Riacho das Almas alcançado uma capacidade de gestão intermediária, enquanto que Sairé foi considerado incipiente.

Quando se relacionou a influência do contexto sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família, os dois municípios demonstraram um desempenho semelhante. Constatou-se que na prática a Capacidade de Governo de Riacho das Almas, superior a de

Sairé, não determinou um grau de implantação maior da Estratégia Saúde da Família aquele município.

Embora com uma Capacidade de Governo intermediária, Riacho das Almas apresentou, da mesma forma que Sairé, equipes de Saúde da Família desqualificadas para o cumprimento do seu papel, organização e práticas do serviço insatisfatórios e atenção à saúde também insatisfatória.

Quando se relacionou a influência do contexto político-institucional sobre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família nos dois municípios os resultados encontrados revelaram que as categorias de Governo (Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade) não parecem ser capazes de determinar por si só um grau de implantação satisfatório, demonstrando que provavelmente existem outros fatores que devam ter uma influencia maior sobre o desempenho das equipes, a exemplo do grau de compromisso com o serviço público, do perfil, da formação e do nível de qualificação dos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família.

Os resultados apontam também para a necessidade do aumento da *accountability* dos gestores locais, bem como da exigência de um “triângulo de governo” articulado para criar as condições favoráveis para modificação das condições de saúde locais.

Os gestores municipais desconsideram que diferentemente das unidades tradicionais, que adotam um modelo passivo de atenção, limitando-se a atenderem pacientes e encaminhar doentes para centros especializados ou para hospitais, a Estratégia Saúde da Família, potencialmente, possibilita a alteração dessas práticas de saúde. Mas, sua consolidação deve acontecer mediante uma mudança de práticas, valores e envolvimento de todos os atores sociais envolvidos no processo de produção social da saúde.

Neste sentido, amplia-se a complexidade das ações a serem executadas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo que estes tenham novas habilidades, as quais não poderão ser desenvolvidas sem uma decisão política da gestão municipal de investimento na qualificação destes profissionais.

Os dados que emergem desta pesquisa demonstram que as equipes, de um modo geral, ainda não conseguiram transpor a ênfase dada às atividades de cunho assistencial, características do modelo hegemônico que se espera suplantará com a Estratégia Saúde da Família.

É bastante preocupante constatar que as atividades negligenciadas pelas equipes de saúde da família, na maioria das vezes, sejam justamente aquelas que lhes dariam um maior conhecimento da realidade local e a possibilidade de nela intervir. Exemplos claros desta

situação estão na baixa adesão das equipes de Saúde da Família ao processo de planejamento baseado no diagnóstico de saúde do território e na inexistência de práticas sistemáticas de educação em saúde, com o intuito de democratizar o conhecimento acerca da produção social da saúde e do processo saúde-doença, que deveriam instrumentalizar a comunidade para atuar de forma ativa na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, o que só se dá através de ações comunitárias concretas e efetivas.

Este comportamento cria obstáculos para desencadear um processo considerado vital para o sucesso da ESF que é o “incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p. 3).

Sabe-se que a padronização dos procedimentos por meio de protocolos é fundamental para aumentar a qualidade do atendimento, mas não se pode desconsiderar que além do trabalho rotineiro, da agenda de consultas e dos encontros coletivos, o processo de trabalho em qualquer unidade de Saúde da Família deve considerar o “todo complexo”, ressaltado por Morin (2002), constituído por relações de interdependência entre vários subprocessos de trabalho, que agem, interagem, dialogam e retroagem entre si.

O conceito de que é preciso cuidar do indivíduo em suas partes, mas também do indivíduo como um todo, considerando o contexto no qual ele está inserido, precisa ser consolidado entre as equipes de Saúde da Família nos dois municípios pesquisados.

Embora os municípios tenham adotado a ESF como instrumento de mudança do modelo assistencial, pouco tem sido feito pelos gestores municipais no sentido de aprimorar novas práticas de atenção à saúde no nível local. A partir das reflexões realizadas neste estudo, sugere-se as recomendações a seguir como uma forma de consolidar este desejo de mudança identificado nas falas dos gestores municipais:

- a) Implantar instrumentos regulares de planejamento, regulação, monitoramento e avaliação do Sistema Municipal de Saúde;
- b) Recompôr os quadros técnicos com profissionais qualificados e em número suficiente para dar conta das responsabilidades sanitárias inerentes à modalidade de gestão;
- c) Estabelecer parcerias com outros níveis de gestão para executar plano de qualificação dos profissionais de Saúde da Família;
- d) Trabalhar institucionalmente a promoção da saúde com usuários e servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação;

- e) Incorporar propostas voltadas para a superação da fragmentação das ações e aumento da eficiência das políticas de saúde, mediante o fortalecimento da promoção da saúde como eixo integrador/articulador das agendas de saúde;
 - f) Sensibilizar o executivo municipal para a importância do desenvolvimento de iniciativas intersetoriais dentro e fora do governo, com vistas à resolução dos principais problemas de saúde pública, considerando a complexidade dos determinantes do processo saúde-doença;
 - g) Propor políticas e programas articulados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde, identificados por critérios epidemiológicos;
 - h) Estimular a ampliação da base social de representatividade do Conselho de Saúde.
-

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004.

ARENDT, H. A tradição e a época moderna. In: _____. *Entre o passado e o futuro*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1988. p. 43-68.

ARENDT, H. Introdução à política. In: _____. *O que é política?*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. p. 21-85,

ATKINSON, S.; FERNANDES, L.; CAPRARA, A.; GIDEON, J. Prevencion and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil. *Health policy and planning*, Oxford, v. 31, p. 69-79, 2005.

AZEVEDO, A. L. M. *Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BARDIN, L. Método. In: _____. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006. p. 89-161

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Políticas de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília, DF: IPEA, 1996. (Textos para discussão, n. 401).

BARROS, M. E. D. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 6.

BEZERRA, L. C. A. Plano de Análise. In: _____. *A Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Programa Saúde da Família: avaliando o processo de implantação das ações*. 2006. p. 58-88. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

BEZERRA, C. A. B. et al. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 18-32, 2007.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre seu comportamento. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, jul./set. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Da ordem social. In: _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 32. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003a. p. 123-130.

BRASIL. Controladoria Geral da União. *Um guia para o cidadão garantir os seus direitos*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Recursos/Publicações/arquivos/Cartilha>>. Acesso em: 20 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção básica e a saúde da família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>. Acesso em: 20 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação de desempenho para atenção básica: discussão compreendida no âmbito da proposta para melhoria da qualidade – qualificação da estratégia saúde da família*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ*. Brasília, DF, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Informações financeiras*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>>. Acesso em: 18 nov. 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica*. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para o controle da hanseníase*. 1. ed. Brasília, DF, 2002c. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrumento gerencial de saúde da mulher, da criança e do adolescente: avaliação, sistema de informação e programação*. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de normas de vacinação*. 3 ed. Brasília, DF, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96*. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01*. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02*. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional da atenção básica*. Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GAB/MS nº.648, de 28/03/06*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 08 dez. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 399/GM/MS*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port.2006/GM/GM-399.htm-257k>>. Acesso em: 19 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília, DF, 2000a. (Cadernos de Atenção Básica, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Informe Técnico-Institucional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de expansão e consolidação da saúde da família proesf (compenente iii)*. Termo de Referência para o Subcomponente D. Linha de Base Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Seleccionados para o componente 1. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 19 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus*. Brasília-DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/pipe.def>>. Acesso em: 18 dez. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2002b.

BUNGE, M. Os conceitos de modelo. Modelos na ciência teórica. In: _____. *Teoria e realidade*. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 11-40.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: _____. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap. 4. (Saúde em Debate).

CAVALCANTE, M. G. S. *Avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas equipes de saúde da família de Camaragibe-PE*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, 2004.

CAZELLI, C. M. Avaliação do processo de implementação do PSF numa Megalópole, sob o ponto de vista do morador: o caso do município do Rio de Janeiro. In: *CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7.*, 2003, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: ABRASCO, 2003.

CHIZZOTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 7. ed. São Paulo: Cortes, 2005.

COMPARATO, F. K. *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. p. 318-320.

CONILL, E. M. *Políticas de Atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, supl. 18, p. 191-202, 2002.

COOKSY, L. J.; GIL, P.; KELLY, P. A. The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and Program Planning*, New York, v. 24, p. 109-128, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução nº.322, de 8 de maio de 2003*. Base de Cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde. Brasília,

DF, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/index.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (PE). Relatório da oficina de divulgação e discussão sobre o controle social, IV GERES. Projeto 4417/2005. Caruaru, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Controle Social*. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=publica%C3%A7%C3%A3o_livro_textodetalhado&cod_livro=28capitulo=CONTROLESOCIAL>. Acesso em: 27 dez. 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. *Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia*. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, DF, v. 14, n. 4, p. 223-233, dez. 2005.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: _____. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. 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: Ed. Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DIMENSTEIN, Magda. Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília, DF *Anais...* Brasília: ABRASCO, 2003. p. 521.

DONABEDIAN, A. *The quality of care: How can it be assessed?*. *JAMA*, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, 1998.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration, 1980. v. 1.

FELISBERTO, E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2001.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade da atenção à saúde: uma experiência de avaliação - à procura da satisfação do usuário. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 13, n. 2, p. 128-137, dez. 1999.

FERREIRA, V. S. C.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 108-132.

FISHER, T. *Poder local*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1993.

FLEURY, S. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, DF, p. 27-38, 1992.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 55-122.

FREESE DE CARVALHO, E.; SAMPAIO, J.; CESSÉ, E. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Abordagem ecossistêmica em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

FRIAS, P. G. *Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da Implantação de um Projeto para Redução da Mortalidade Infantil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 151-187.

GOMEZ, D. J. *Intersectorialidad en salud en el proceso de descentralización y desconcentración y regionalización en el Departamento de Cajamarca: projeto intersectorialidad en salud*. [S.l.]: Organización Panamericana de la Salud: Ministerio de Salud de Perú, 1987.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de prevenção. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p. 5-6, jan./abr. 2002.

HARTZ, Z. M. A. et al. 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*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 89-131.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 68-82, 1998.

IBGE. *Resultados da amostra do censo demográfico 2000: malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE. *Mapas*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/default_prod.shtm>. Acesso em: 18 dez. 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

LOURENÇÃO, L. G.; SOLER, Z. A. S. G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 11, n. 3, p. 158-162, jul./set. 2004.

LOBO, T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 75-84.

LUCCHESI, P. *Políticas públicas em saúde*. Espaço de Gestão. São Paulo: BIREME, 2004. Disponível em: <http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introducion.php>. Acesso em: 10 out. 2007.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. An Evaluation of the impacto of the family health program on infant mortality in Brasil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London. v. 60, p. 13-19, 2006.

MATILDA, A. H.; CAMACHO L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, jan./fev. 2004.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996. tomo 1.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic Models: a tool for telling your program's performance story. *Evaluation and program planning*, New York, v. 22, p. 65-72, 1999.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. 163-171, 2002.

MEDINA, M. G. et al. Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

MILLAR, A. Logic models; a system tool for performance management. *Evaluation and Program Planning*, New York, v. 24, n. 1, p. 73-81, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 189-361.

MISOCKSY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos do SUS. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 42, p. 40-44, mar. 1994.

MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEIGA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Org.). *O pensar complexo: Edgar Morine e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 21-34.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

MOURA, E. R.F.; HOLANDA JR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, nov./dez. 2003.

MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, DF, p. 43-59, 1992.

NOVAES, H. M. *Acciones integradas em los sistemas locales de salud: analisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina*. Washington, DC: OPAS, 1990. (Cuaderno técnico, n. 31).

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 110-146.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do colo do útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Ver. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. *Anais...* Disponível em <<http://www.opas.org.br/publicac.cfm>>. Acesso em: 22 dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Carta de Otawa*. Otawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: la administración estratégica. El sector salud y el desarrollo intersectorial*. Washington, D.C., 1992.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
PAIM, J. S. Política de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 18-20, 1996.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: _____. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 361-365.

PAILLARD, B. Sociologia do presente. In: PENA-VEIGA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Org.). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

PELLIANO, A. M. T. M. (Org.). *O mapa da fome: subsídios à formação de uma política de segurança alimentar*. Rio de Janeiro: IPEA, 1993.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Planilhas da Microprogramação Ambulatorial e Hospitalar da Programação Pactuada Integrada (PPI) da Macroregional Caruaru*. Caruaru, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório do Encontro com os Municípios para Fortalecimento da Atenção Primária – IV GERES*. Caruaru, 2007.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

POSSAS, C.A. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 82-128.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadenos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, mar./abr. 2004.

RENGER, R.; TITCOMB, A. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. *American Journal of Evaluation*, Stamford, v. 23, n. 4, p. 493-503, 2002.

RIACHO DAS ALMAS (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Decreto Municipal nº. 04, de 23 de março de 1999*. Institui o Serviço Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria. Riacho das Almas, PE, 1999.

RIACHO DAS ALMAS (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria nº. 001/2001, de 29 de agosto de 2001*. Implanta a Central de Regulação e Assistência à Saúde. Riacho das Almas, PE, 2001.

RIACHO DAS ALMAS (PE). *Portaria nº. 066/2005, de 03 de janeiro de 2005*. Nomeia a Ordenadora de Despesa do Fundo Municipal de Saúde. Riacho das Almas, PE, 2005.

RIACHO DAS ALMAS (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*. Riacho das Almas, PE, 2006a.

RIACHO DAS ALMAS (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. Riacho das Almas, PE, 2006b.

RIACHO DAS ALMAS (PE). *Portaria nº. 330/2006, de 28 de dezembro de 2005*. Nomeia a Ordenadora de Despesa do Fundo Municipal de Saúde. Riacho das Almas, PE, 2006c.

RIBEIRO, J. M. Atenção Básica em Saúde e a busca por uma conceituação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3. p. 413-415, 2002.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCHA, A. L. C. et al. Implantação de modelo de excelência no controle da tuberculose na área programática 4, município do Rio de Janeiro: relato de um começo promissor. *Boletim de pneumologia sanitária*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 33-40, jun. 2000.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. *Evaluation, a sistematic approach*. Bervely Hills: Sage, 2004.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. *The Canadian journal of program evaluation*, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.

RUSH, B.; OGBORNE, A. Program logic models: expanding their role and structure for program planning and evaluation. *The Canadian journal of program evaluation*, [S. l.], v. 6, p. 95-106, 1991.

SÁ, P. K. *A Integralidade da atenção no programa médico da família de Niterói/Rio de Janeiro*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SAIRÉ (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde 2006-2009*. Sairé, PE, 2006a.

SAIRÉ (PE). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão 2006*. Sairé, PE, 2006b.

SAIRÉ (PE). *Lei nº. 1142/2006, de 17 de novembro de 2006*. Reorganiza a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Sairé e dá outras providências. Sairé, PE, 2006c.

SAMICO, I. C. *Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SANTOS, D. M. et al. Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 29-35, 2006.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 9-15.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. P. 203-211, 2002.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SERRA, C. G. *Atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade do SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro*. 2003. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T.; LONSING, A. A integração e a articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. *Revista eletrônica de enfermagem*, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (Brasil). *Relatório do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde*.

Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/index.php>>. Acesso em: 20 dez. 2007.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. *Revista brasileira de saúde da família*. Brasília, DF, ano 1, p. 7-9, mar. 2000a.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática*

na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. P. 41-74.

SOUZA, M. A.; COSTA, A. M. Análise da implantação da estratégia saúde da família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil. In: JORNADA CIENTÍFICA DE PÓS-GRADUAÇÃO, 10., 2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. poster.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa*. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, C. F. Um pouco da história: reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 11-22.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: CEPS, 2002. p. 23-57.

TESTA, M. *Estructura de poder en el sector salud*. Caracas: CENDES, UCV, 1982.

UNRAU, Y. A. Using client exit interviews to illuminate outcomes in program logic models: a case exemple. *Evaluation and program planning*, New York, v. 24, p. 353-361, 2001.

VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 139-151, 2002.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 12-48, 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 73-89, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. et al. *Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia: relatório final de pesquisa*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos*

à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-34.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n. 2, p. 355-370, jan./fev. 2007.

WATSON, D. E. et al. *A results – based logic model for primary health care*. Laying an evidence –based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research, 2004. Disponível em: <www.chspr.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. Acesso em: 19 set. 2007.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIROS PARA ENTREVISTAS GUIADAS

GUIA PARA ENTREVISTA COM GESTORES

1. Projeto de Governo – Avaliação sobre o Projeto de Governo. Características do Projeto.

- Proposta do governo para a saúde
- Iniciativas que indicam ser a saúde prioridade no Plano de Governo
- Ações intrasetoriais desenvolvidas como prática regular na gestão
- Financiamento da saúde programado e executado de acordo com a EC-29

2. Capacidade de Governo – Conhecimento institucional acumulado. Conjunto de saberes e técnicas disponíveis para operar a política setorial.

- Perfil da direção da saúde (político, técnico e executivo)
- Características dos quadros técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
- Razões pelas quais o governo municipal resolveu implantar o PSF
- Prática regulares de planejamento de saúde com um enfoque estratégico
- Mecanismos de mobilização dos profissionais da saúde para se sentirem co-responsáveis pelo projeto político da Secretaria de Saúde
- Características da acessibilidade a Rede Municipal de Saúde

3. Governabilidade - Fundamentos políticos e financeiros disponíveis para a efetivação das políticas da atenção básica de saúde. Base de apoio político.

- Principais atores sociais envolvidos (com que esses atores divergem e cooperam)
- Processo de tomada de decisão
- Autonomia da Secretaria de Saúde para utilização dos recursos municipais
- Capacidade de iniciativa política do gestor municipal junto aos demais níveis de gestão
- Mecanismos utilizados para a negociação com outros atores sociais

GUIA PARA ENTREVISTA COM COODENADORES DO PSF

1. Projeto de Governo – Nível de Participação na construção do Projeto de Governo.

- Proposta do governo para a saúde
- Participação em práticas intrasetoriais regulares na gestão

2. Capacidade de Governo – Saberes e técnicas disponíveis para operar a coordenação do PSF.

- Perfil da Coordenação do PSF (político, técnico e executivo)
- Características do processo de gerenciamento do PSF
- Autonomia gerencial da coordenação
- Prática regulares de planejamento de saúde com um enfoque estratégico
- Realização sistemática de avaliação para subsidiar o processo de tomada de decisões

3. Governabilidade - Fundamentos disponíveis para a efetivação da estratégia Saúde da Família.

- Base de apoio político junto ao gestor municipal
- Principais atores sociais envolvidos (com que esses atores divergem e cooperam)
- Processo de tomada de decisão
- Mecanismos utilizados para a negociação com outros atores sociais

GUIA PARA ENTREVISTA COM CONSELHEIROS DE SAÚDE

1. Projeto de Governo – Participação na construção do Projeto de Governo.

- Participação na definição das prioridades de governo para a saúde

2. Capacidade de Governo – Percepção sobre a capacidade do governo

- Participação em processo de avaliação da intervenção
- Conhecimento sobre o processo de gerenciamento do PSF
- Adequação da oferta de serviços à necessidade dos usuários
- Características da acessibilidade a Rede Municipal de Saúde

3. Governabilidade - Fundamentos disponíveis para a efetivação da estratégia Saúde da Família.

- Base de apoio do controle social
- Situação do Controle Social
- Satisfação dos usuários
- Percepção dos atores sociais envolvidos (com que esses atores divergem e cooperam)

GUIA PARA ENTREVISTA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. Projeto de Governo – Participação no Projeto de Governo.

- Participação na definição das prioridades de governo para a saúde

2. Capacidade de Governo – Capacidade do governo para operacionalizar a Saúde da Família.

- Inserção na Estratégia Saúde da Família;
- Participação em processo de avaliação da intervenção
- Satisfação profissional
- Adequação da oferta de serviços à necessidade da população
- Características da acessibilidade a Rede Municipal de Saúde
- Percepção sobre as atribuições da equipe de Saúde da Família
- Relação com a coordenação, com a equipe e com a comunidade/famílias;
- Principais dificuldades e potencialidades .

3. Governabilidade - Fundamentos disponíveis para a efetivação da estratégia Saúde da Família.

- Percepção dos atores sociais envolvidos (com que esses atores divergem e cooperam)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Análise da implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil

Eu, _____, declaro estar de acordo em participar na qualidade de entrevistado(a) do estudo científico acima referido, que tem como objetivo avaliar a influência do contexto sobre o grau de implantação do Programa Saúde da Família, no município de Riacho das Almas/Sairé. No estudo será avaliado como os determinantes contextuais classificados em Projeto de Governo (como os diversos atores participam na definição das prioridades para a saúde), Capacidade de Governo (participação dos conselheiros em processo de avaliação do PSF e entendimento das características do processo de gerenciamento do PSF); Governabilidade (base de apoio do controle social e percepção dos atores sociais envolvidos. Com que esses atores divergem e cooperam); e Gerência (percepção sobre o nível de implantação da estratégia Saúde da Família - adequação da oferta de serviços à necessidade dos usuários, características da acessibilidade a Rede Municipal de Saúde e situação do Controle Social - participação no CMS e Conferências Municipais de Saúde) influenciam a capacidade e o modo como as equipes de Saúde da Família desenvolvem suas atividades. Fui esclarecido(a) que a minha participação consistirá em responder a algumas perguntas numa entrevista, que será gravada, além de disponibilizar documentos (Relatórios Técnicos das equipes de Saúde da Família e Relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) e acompanhar a pesquisadora em visitas às unidades envolvidas com a estratégia Saúde da Família, a fim de levantar informações necessárias ao estudo. Entendo que a minha participação poderá contribuir para a compreensão de como o contexto acima descrito influencia o funcionamento do PSF e percebo que o resultado da pesquisa trará benefícios ao município e aos usuários, na medida em que a avaliação sobre o processo de trabalho e a organização dos serviços, fornecerá subsídios para a gestão melhorar a qualidade do serviço prestado pelas equipes de Saúde da Família. Minha participação é voluntária e poderei abrir mão desse compromisso a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer tipo de constrangimento. Estou ciente que na apresentação dos resultados deste estudo em eventos e/ou publicações científicas, minha identidade, assim como quaisquer formas de identificação, serão mantidos em total sigilo. Qualquer esclarecimento entrarei em contato com a pesquisadora Maria Aparecida de Souza, pelos telefones (081)87432028 / (081)37235563, pelo endereço eletrônico ou no NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Minha participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, ficando uma delas em minha posse e a outra com a pesquisadora

Pesquisador: _____

Participante: _____

_____, ____/____/____.

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE
IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DE
RIACHO DAS ALMAS E SAIRÉ/PE**

DADOS DA ENTREVISTA			
Número do Questionário:			
Data da entrevista:			
Nome do Entrevistado:			
Função do Entrevistado			
CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)			
Nome da Unidade:			
Endereço da USF:			
Data de Implantação da USF:			
ESTRUTURA - EQUIPE DE SAÚDE			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	A equipe está completa?		
2	A USF é assistida por equipe de saúde bucal (ESB)?		
3	Nº. de famílias cadastradas pela USF: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> População da área de abrangência: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *Considerar Sim quando atender aos padrões estabelecidos pela Portaria 648 GAB/MS, de 28/03/06.		
4	O médico, enfermeiro e cirurgião-dentista têm Curso de Especialização em Saúde da Família? *Considerar Sim quando <u>pelo</u> menos 1 profissional for capacitado.		
5	Foi realizado Treinamento Introdutório com a equipe? Médico (); Enfermeiro (); Dentista (); Auxiliar de enfermagem (); ACSs () *Considerar Sim quando pelo menos 3 categorias forem capacitadas.		
ESTRUTURA - INFRA-ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS e INSUMOS			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população? *Considerar resposta positiva se estiverem disponibilizados todos os itens a seguir: Mesa clínica-ginecológica (); Estetoscópio (); Tensiômetro (); Termômetro (); Negatoscópio (); Fita Métrica (); Foco (); Régua para medir criança (); Otoscópio (); Estetoscópio de Pinard ou .sonar (); Pia(); Espéculos ginecológicos de diversos tamanhos (); Balança infantil e adulto (poderão atender a mais de um consultório) ().		

2	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos? *Considerar resposta positiva se os atendimentos não puderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente.		
3	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo? (colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis e caneta)		
4	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para recepção e espera, compatível com a demanda esperada?		
5	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação e administração de medicamentos? (* Padrão MS: os espaços podem ser multiuso, desde que sejam respeitadas as normas para o seu funcionamento).		
6	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial do médico e do enfermeiro da Saúde da Família concomitantemente?		
7	Os tensiômetros e balanças são aferidos de acordo com os parâmetros técnicos? *Manutenção preventiva realizada, no mínimo, semestralmente.		
8	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividade de Educação Permanente? *Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades.		
9	O deslocamento dos profissionais da ESF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS?		
10	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas? () TV; () Videocassete e/ou DVD; () Aparelho de som *Considerar a resposta afirmativa quando existir pelo menos os dois primeiros itens		

PROCESSO - ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS DO SERVIÇO

Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
1	O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente?		
2	A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente dos membros da ESF?		
3	A USF funciona todos os dias, nos dois expedientes de trabalho?		
4	A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia Saúde da Família?		
5	A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho?		
6	A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS?		
7	A ESF realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais frequentes?		
8	A assistência domiciliar é planejada considerando as indicações dos profissionais?		
9	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF?		
10	A ESF possui registro dos variados aspectos do seu território e de sua população?		
11	O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área?		
12	A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção?		
13	A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos?		
14	Os usuários são comunicados sobre a marcação de consultas especializadas/exames?		
15	A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe?		
16	A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações?		
17	A ESF trabalha integrada o diagnóstico, o planejamento e as ações para o território?		

18	A ESF organiza “painel de situação” com informações de saúde do território?		
19	ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados?		
20	Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social?		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - SAÚDE DA MULHER			
Serão utilizados os padrões definidos pelo Documento Técnico AMQ/MS, 2006			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
PRÉ-NATAL			
1	Realiza/referencia teste imunológico para diagnóstico da gravidez?		
2	Realiza cadastramento de gestantes no 1º trimestre de gravidez?		
3	Realiza classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta?		
4	Realiza acompanhamento do pré-natal de baixo risco garantindo consulta médica, consulta de enfermagem, visita domiciliar por ACS e vacina anti-tetânica. *Considerar resposta positiva se realizar no mínimo três procedimentos.		
5	Realiza avaliação do puerpério?		
6	Realiza/referencia exames laboratoriais de rotina? a. grupo sanguíneo e fator Rh (); b. sorologia para sífilis (VDRL) (); c. sumário de urina (); d. hemoglobina (); e. glicemia de jejum (); f. citologia oncótica (se necessário) (); g. teste anti-HIV (); *Considerar resposta positiva se realizar os exames a, b, c, d, e, g		
7	Utiliza os instrumentos de registro Cartão da gestante e ficha perinatal ou prontuário da gestante? *Considerar resposta positiva se tiver os dois instrumentos.		
8	Existe referência para ultra-sonografia obstétrica?		
9	Existe referência para o pré-natal de alto risco e para o parto hospitalar? *Considerar resposta positiva se tiver referência para os dois serviços.		
10	Realiza atividades educativas regulares dirigidas ao pré-natal, pelo menos 1 vez/ mês? () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização * Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo 02 das estratégias mencionadas.		
PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO			
11	Realiza a coleta de material para exame citopatológico?		
12	Tem laboratório de referência para a realização do exame citopatológico?		
13	O resultado é entregue em até 30 dias?		
14	Faz busca ativa dos casos positivos?		
15	Realiza consulta médica para o tratamento da cérvico-colpite?		
16	Há referência formal para os casos positivos?		
17	Realiza atividades educativas dirigidas à prevenção do CCU, pelo menos 1 vez por mês? (Considerar + se utilizar no mínimo 02 das estratégias mencionadas) () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação: rádio, vídeo; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização		

PLANEJAMENTO FAMILIAR			
18	Realiza consulta médica e/ou de enfermagem sobre planejamento familiar?		
19	Orienta sobre métodos contraceptivos naturais, de barreira, hormonal e DIU? *Considerar a resposta positiva quando orientar sobre três métodos		
20	Há fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais (condom, contraceptivos hormonais, DIU e diafragma)? *Considerar + quando houver estoque de no mínimo dois métodos diferentes.		
21	Realiza atividades educativas dirigidas ao planejamento familiar, pelo menos 1 vez/mês? (Considerar + se utilizar no mínimo 02 das estratégias mencionadas) () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização		
QUESTÕES COMPLEMENTARES			
22	Houve capacitação da equipe para pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino e planejamento familiar? (*Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados).		
23	A ESF segue normas (protocolos, manuais, livros, fluxogramas) do MS para a realização do pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino e planejamento familiar?		
24	Faz registro diário dos atendimentos de pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino e planejamento familiar? (sistema de informação, livro de registro, prontuário).		
25	Há envolvimento multiprofissional para realização das ações do pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino e planejamento familiar? (*Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais)		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA			
Serão utilizados os padrões definidos pelo Documento Técnico AMQ/MS, 2006			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
VIGILÂNCIA NUTRICIONAL			
1	Faz captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) através de demanda espontânea para outros procedimentos e visita domiciliar? *Considerar resposta positiva quando utilizar as duas formas.		
2	Dispõe dos seguintes insumos/equipamentos para acompanhamento de CD: balança antropométrica para adultos, balança pesa bebê, fita métrica, régua antropométrica, cartão da criança e ficha de desenvolvimento. *Considerar resposta positiva tiver pelo menos quatro dos insumos mencionados.		
3	Utiliza o cartão da criança (gráfico) para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?		
4	Agenda consulta de puericultura?		
5	Há na ESF algum Programa de Combate às Carências Nutricionais, como Vitamina A, Suplementação de Ferro, Bolsa alimentação ou outro? *Considerar resposta positiva quando tiver pelo menos um dos programas mencionados.		
6	Faz orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal?		
7	Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento?		
8	Realiza visita domiciliar à puérpera/bebê na 1ª semana pós-parto?		
9	Realiza atividades educativas dirigidas à vigilância nutricional, pelo menos 1 vez ao mês? () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação: rádio, vídeo; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização *Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo 2 das estratégias mencionadas.		

IMUNIZAÇÃO			
10	A ESF dispõe das vacinas preconizadas pelo PNI? Considerar + se tiver todas as vacinas BCG (); anti-Hepatite B (); tetravalente (DPT + Hib) (); Sabin (); tríplice Viral (MMR) (); Rotavírus ()		
11	A geladeira é de uso exclusivo para as vacinas?		
12	Há tabela de controle diário da temperatura fora da geladeira?		
13	As vacinas do dia ficam em caixas de isopor?		
14	Tem fichário com cartão de aprazamento das vacinas?		
15	Há busca de faltosos?		
ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA			
16	Utiliza os sinais preditivos para classificar os casos de Pneumonia? Considerar + se usar os dois: respiração rápida (RR) (); tiragem sub costal (TSC) ();		
17	Há medicamentos para o atendimento aos casos de IRA? amoxicilina (); cefalexina (); eritromicina (); sulfametoxazol+trimetropim (); dipirona ou paracetamol (); salbutamol ou similar (); β adrenérgico (β 2) para nebulização (); soro fisiológico (). *Considerar resposta positiva se tiver pelo menos um antibiótico, um analgésico, um β 2		
18	Tem nebulizador em funcionamento?		
19	Faz TRO em crianças na Unidade, se necessário?		
20	Há medicamentos disponíveis para o tratamento da disenteria/cólera? ácido nalidíxico (); sulfametoxazol+ trimetropim (); furazolidona (); amoxicilina (); eritromicina (). *Considerar resposta positiva, quando existir pelo menos dois dos medicamentos acima.		
21	Há garantia de acesso à referência ambulatorial especializada ou hospitalar quando necessário, programada e com mecanismos de regulação?		
22	Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes na infância (diarréica e IRA), com regularidade? (pelo menos 1 vez ao mês) () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação: rádio, vídeo; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização *Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo 02 das estratégias mencionadas.		
QUESTÕES COMPLEMENTARES			
23	Houve capacitação da equipe para crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, imunização e assistência às doenças prevalentes da infância? *Considerar resposta + quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados		
24	A ESF utiliza normas e protocolos do Ministério da Saúde para a realização das ações de crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, imunização e assistência às doenças prevalentes da infância?		
25	Há envolvimento multiprofissional para realização das ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, imunização e assistência às doenças prevalentes da infância? Considerar + quando envolver pelo menos 3 profissionais.		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
DIAGNÓSTICO DE CASOS			
1	A ESF realiza o diagnóstico clínico da HAS?		
2	A USF dispõe de tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica para adulto para realizar diagnóstico? Considerar resposta positiva se tiver todos os insumos citados.		

CADASTRAMENTO DE PORTADORES			
3	Os portadores de HAS são cadastrados nos sistemas de informação, livro de registro e prontuário?		
BUSCA ATIVA DE CASOS			
4	Realiza medição da pressão arterial de usuários? Considerar + quando utilizar as duas demandas espontânea para qualquer procedimento (); visita domiciliar (); campanhas/mutirões ();		
TRATAMENTO DOS CASOS			
5	Realiza acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos pacientes com HAS? *Considerar a resposta positiva se acompanhar os casos nas duas instâncias.		
6	Fornecer medicamentos para o controle da HAS? Considerar + quando tiver a, e, f. a. hidroclorotiazida (); b. furosemida (); c. alfametildopa (); d. clonidina (); e. propranolol (); f. captopril (); g. adalat (); h. outros();		
7	Acompanha sistematicamente em domicílio os pacientes com seqüela de AVC e outras complicações?		
8	Realiza busca sistemática dos pacientes faltosos?		
DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS COMPLICAÇÕES			
9	Tem referência para: (Considerar resposta positiva se tiver as 03 referências) () Exames laboratoriais complementares (glicemia de jejum, colesterol total HDL/LDL, triglicérides, uréia, creatinina, hematimetria (Hg + Ht); () ECG; () Rx de tórax.		
10	1º ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (aumento súbito da PA não associada a quadros clínicos agudos como obnubilação, vômitos, dispnéia, e que não apresentam risco imediato de vida ou dano em órgão alvo). () Realiza o 1º atendimento de urgência hipertensiva na ESF? () Dispõe de medicamentos para o atendimento de urgência? () Os casos de urgências, após controle, são acompanhados em domicílio? *Considerar Sim se cumprir as três exigências.		
MEDIDAS PREVENTIVAS			
11	Desenvolve ações educativas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações com regularidade? (pelo menos 01 vez ao mês) (Considerar resposta + se utilizar no mínimo 02 das estratégias mencionadas). () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () grupos; () meios de comunicação; () abordagem alternativa: teatro, dramatização		
12	Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para o controle da HAS ou promoção de hábitos saudáveis?		
QUESTÕES COMPLEMENTARES			
13	Houve capacitação da equipe para a implantação do controle da HAS? *Considerar resposta + quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados.		
14	A USF utiliza normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para o controle da HAS?		
15	Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do Controle da HAS? *Considerar resposta + quando envolver pelo menos três categorias profissionais		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - CONTROLE DO DIABETES MELLITUS (DM)			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
DIAGNÓSTICO DE CASOS			
1	A ESF realiza investigação do <i>diabetes mellitus</i> em usuários com fatores de risco (história familiar, obesidade, HAS, história obstétrica)?		

2	O diagnóstico de DM é feito com base no Diagnóstico clínico (sintomas clássicos de DM e no Diagnóstico Laboratorial (valores de glicemia de jejum); *Considerar resposta positiva se o diagnóstico usar ambos os critérios.		
CADASTRAMENTO DE PORTADORES			
3	Os portadores de DM são cadastrados nos sistemas de informação, livro de registro, prontuário?		
BUSCA ATIVA DE CASOS			
4	A ESF realiza busca ativa de casos? *Considerar resposta positiva quando utilizar pelo menos duas estratégias. () demanda espontânea para qualquer procedimento; () visita domicilia; () campanhas/mutirões.		
TRATAMENTO DOS CASOS			
5	Realiza acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos pacientes com DM? *Considerar a resposta positiva se acompanhar os casos nas duas instâncias.		
6	Fornecer medicamentos para o controle da DM? (*Considerar + quando tiver b, f, g) . a. clorpropamida (); b. glibenclamida (); c. glipizida (); d. gliclazida (); e. glimepirida (); f. metformina (); g. insulina ();		
7	Realiza busca sistemática dos pacientes faltosos?		
MONITORIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE GLICOSE DO PACIENTE			
8	A monitorização do paciente é feita através da glicemia capilar pela ESF?		
DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS COMPLICAÇÕES			
9	Realiza ou referencia os exames laboratoriais para apoio ao diagnóstico de complicações: a. glicemia de jejum (); b. hemoglobina glicosilada (); c. colesterol total/HDL/LDL (); d. triglicerídeos (); e. uréia (); f. creatinina (); g. hematimetria (Hg +Ht) (). *Considerar resposta positiva se realizar ou referenciar todos os exames.		
10	Realiza o 1º atendimento de urgência às complicações agudas e outras intercorrências em diabetes na ESF? 1º ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (coma hiperosmolar =300mg/100ml e/ou descompensação acentuada da glicemia; infecção em pé diabético; hipoglicemia).		
ENCAMINHAMENTO DE CASOS GRAVES PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE			
11	Os casos graves são agendados para atendimento em outro nível de complexidade com garantia de atendimento?		
MEDIDAS PREVENTIVAS E DE PROMOÇÃO À SAÚDE			
12	Desenvolve ações educativas para o controle de condições de risco (história familiar, controle do peso, hipertensão, história obstétrica, orientação alimentar, atividade física) e para a prevenção de complicações (conhecimento sobre a doença, cuidados com os pés, cessação do tabagismo e do alcoolismo, controle da hipertensão e das dislipidemias)? () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização *Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo 02 das estratégias mencionadas, pelo menos 01 vez ao mês.		
QUESTÕES COMPLEMENTARES			
13	Houve capacitação da equipe para a implantação do controle da DM? (*Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados).		
14	A ESF utiliza normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para o controle da DM?		
15	Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do Controle da DM. *Considerar resposta + quando envolver de pelo menos três categorias profissionais		

PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - CONTROLE DA TUBERCULOSE			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
BUSCA ATIVA DE CASOS			
1	Faz identificação de sintomáticos Respiratórios (SR) na demanda espontânea para qualquer procedimento, nas visitas domiciliares e na investigações epidemiológicas de casos conhecidos; *Considerar a resposta positiva se utilizar no mínimo duas estratégias.		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DOS CASOS			
2	Realiza exame clínico dos sintomáticos respiratórios (SR) e comunicantes de casos? *Considerar a resposta positiva se realizar o exame em um dos grupos.		
ACESSO A EXAMES PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE LABORATORIAL E RADIOLÓGICO			
3	Realiza ou referencia baciloscopia para diagnóstico e controle, no 2º, 4º e 6º mês? *Considerar a resposta positiva se realizar ou referenciar as duas modalidades.		
CADASTRAMENTO DE PORTADORES			
4	A SF faz a notificação dos casos e cadastra os pacientes nos sistemas de informação, livro de registro (livro preto), prontuário?		
TRATAMENTO DOS CASOS			
5	Realiza o tratamento para TB na própria unidade, tratamento supervisionado em pacientes BK+ com risco de abandono de tratamento e tratamento auto-administrado nos casos BK-? *Considerar a resposta positiva se realizar as três modalidades		
6	Há garantia de medicamento para o tratamento dos casos?		
7	Realiza busca aos pacientes faltosos?		
MEDIDAS PREVENTIVAS			
8	Realiza vacinação BCG e acompanhamento clínico dos comunicantes? *Considerar a resposta positiva se realizar os dois procedimentos		
QUESTÕES COMPLEMENTARES			
9	Houve capacitação da equipe para a implantação do Controle da Tuberculose? *Considerar + quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados.		
10	Realiza atividades educativas com divulgação dos sinais e sintomas da tuberculose? () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação: rádio, vídeo; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização *Considerar + se utilizar no mínimo 2 estratégias mencionadas, pelo menos 1 vez/ mês.		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - CONTROLE DA HANSENÍASE			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
BUSCA ATIVA DE CASOS			
1	Faz identificação de sintomáticos dermatológicos entre os usuários? () demanda espontânea para qualquer procedimento; () visitas domiciliares; () investigações epidemiológicas de casos conhecidos; *Considerar a resposta positiva se utilizar no mínimo duas estratégias.		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DOS CASOS			
2	Realiza exame clínico de sintomáticos dermatoneurológicos e comunicantes de casos? *Considerar a resposta positiva se realizar o exame em um dos grupos.		
3	Realiza classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)?		

CADASTRAMENTO DE PORTADORES			
4	A Unidade faz a notificação dos casos? Os pacientes são cadastrados nos sistemas de informação, livro de registro, prontuário? *Considerar a resposta positiva se realizar as duas modalidades		
TRATAMENTO DOS CASOS			
5	Realiza acompanhamento ambulatorial e domiciliar dos casos? *Considerar a resposta positiva se acompanhar os casos em ambas as instâncias.		
6	Há garantia de medicamento para o tratamento dos casos?		
7	Realiza a busca aos pacientes faltosos?		
MEDIDAS PREVENTIVAS			
8	Realiza acompanhamento clínico dos comunicantes? Realiza vacina BCG nos comunicantes? *Considerar a resposta positiva se realizar os dois procedimentos.		
QUESTÕES COMPLEMENTARES			
9	Houve capacitação da equipe para a implantação do Controle da Hanseníase? (*Considerar + quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados).		
10	Realiza atividades educativas com divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase? () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação: rádio, vídeo; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização *Considerar + se utilizar no mínimo 2 estratégias mencionadas, pelo menos 1 vez/ mês.		
PROCESSO - ATENÇÃO À SAÚDE - SAÚDE BUCAL			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS, PRIORITARIAMENTE, NA POPULAÇÃO DE 0 A 14 ANOS E GESTANTES			
1	A Unidade realiza os seguintes procedimentos coletivos () levantamento epidemiológico; () escovação supervisionada; () evidenciação de placa; () fluoroterapia intensiva. *Considerar resposta positiva quando realizar todos os procedimentos coletivos.		
2	Realiza atividades educativas em saúde bucal () abordagem individual: consulta médicas e de enfermagem e VD; () palestras: em sala de espera, comunidade, escolas; () meios de comunicação: rádio, vídeo; () grupos; () abordagem alternativa: teatro, dramatização *Considerar + se utilizar no mínimo 2 das estratégias, pelo menos 1 vez por mês.		
CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS			
3	A ESB registra suas atividades em sistemas de informação, livro de registro, prontuário?		
TRATAMENTO DOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS, PRIORITARIAMENTE, NA POPULAÇÃO DE 0 A 14 ANOS E GESTANTES			
4	A ESB dispõe dos seguintes equipamentos?: Considerar + se tiver a, d, e. a. equipo odontológico completo (cadeira, compressor, unidade auxiliar com bacia cuspidora e/ou terminal de sugador, mocho, refletor) (); b. pedal de acionamento do equipo (); c. equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice (); d. micro-motor (); e. autoclave ou estufa ();		
5	A ESB dispõe para o desenvolvimento regular de suas atividades dos seguintes equipamentos odontológicos: caneta de alta rotação, fotopolimerizador e amalgamador? *Considerar resposta + se estiverem disponibilizados todos os itens		

6	A ESB dispõe dos seguintes materiais e insumos na USF: equipamentos de proteção individual (EPIs), material odontológico de consumo, material educativo, formulário e fichas de atendimento? *Considerar resposta + se tiver todos os materiais/insumos.		
7	A ESB dispõe para atendimento da população dos seguintes instrumentais: para exame clínico, para dentística, periodontal básico, cirúrgico básico e para urgência básica? *Considerar resposta positiva se tiver todos os instrumentais mencionados.		
8	Realiza os seguintes procedimentos: consulta odontológica, remoção de tártaro, restauração de dentes decíduos ou permanentes, tratamento de alveolites, tratamento de hemorragias, exodontia e remoção de resto radicular? *Considerar resposta positiva se realizar todos os procedimentos mencionados.		
9	Existem tratamentos especializados de referência disponíveis para a população? a) <u>tratamento endodôntico</u> (canal); b) serviços de reabilitação (prótese); c) <u>serviços de periodontia</u> (gengiva); d) ortodontia preventiva (aparelhos); e) <u>serviços de urgência e emergência</u> ; *Considerar resposta positiva se referenciar os procedimentos a, c, e		
ATENDIMENTO A URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS			
10	Realiza atendimentos de primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas?		

APÊNDICE D – GRAU DE IMPLANTAÇÃO POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA CADA USF POR SUBCOMPONENTE – RIACHO DAS ALMAS

N Q	MUN I	ESTRUTUR A EQUIPE	ESTRUTURA EQUIPAMENT OS	PROCESS O ORG	PROCESS O AS MULHER	PROCESS O AS CRIANÇA	PROCESS O AS HAS	PROCESS O AS DM	PROCESSO AS TUBERCULO SE	PROCESSO AS HANSENÍ A SE	PROCESS O AS SAÚDE BUCAL	GIES F
1	R	0.600	0.400	2.400	0.608	0.880	0.400	0.360	0.240	0.240	0.120	
2	R	0.600	0.600	2.000	0.640	0.760	0.400	0.320	0.280	0.360	0.140	
3	R	0.600	0.500	2.000	0.672	0.840	0.440	0.400	0.280	0.200	0.140	
4	R	0.400	0.600	2.600	0.672	0.880	0.480	0.400	0.280	0.280	0.140	
5	R	0.200	0.500	2.000	0.576	0.800	0.440	0.440	0.240	0.280	0.000	
Soma do GIESF de todas as unidades para cada subcomponente												
*F1		2.400	2.600	11.000	3.168	4.160	2.160	1.920	1.320	1.360	5.40	
Divisão da soma pelo número de USF em cada município para tirar a média (Riacho = 5 USF)												
*F2		0,48	0,52	2,2	0,63	0,83	0,43	0,38	0,26	0,27	0,11	6,11
GIESF por subcomponente (escala de 0 a 10) de acordo com o peso de cada subcompnoente												
*F3		4,8	5,2	5,5	7,9	8,3	7,2	6,3	6,5	6,7	5,4	

FÓRMULAS:

$$*F1 = \sum GIUSF(S)$$

$$*F2 = \sum GIUSF(S) / NUSF$$

$$*F3 = F2 * 10 / VTCS$$

GIUSF(S) – Grau de implantação na unidade de saúde da família por subcomponente

NUSF – Número de unidades de saúde da família pesquisadas no município

VTCS = Valor total de cada subcomponente

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA CADA USF POR SUBCOMPONENTE – SAIRÉ

N Q	MUN I	ESTRUTUR A EQUIPE	ESTRUTURA EQUIPAMENT OS	PROCESS O ORG	PROCESS O AS MULHER	PROCESS O AS CRIANÇA	PROCESS O AS HAS	PROCESS O AS DM	PROCESSO AS TUBERCULO SE	PROCESSO AS HANSENÍASE	PROCESS O AS SAÚDE BUCAL	GIES F
6	S	0.400	0.600	2.600	0.512	0.680	0.320	0.400	0.240	0.240	0.000	
7	S	0.400	0.400	1.800	0.608	0.680	0.400	0.440	0.280	0.320	0.000	
8	S	0.400	0.600	3.200	0.736	0.920	0.400	0.400	0.280	0.120	0.000	
9	S	0.600	0.500	3.400	0.672	0.880	0.520	0.560	0.360	0.400	0.000	
10	S	0.600	0.500	2.000	0.768	0.960	0.480	0.480	0.320	0.360	0.000	
11	S	0.600	0.600	3.200	0.672	0.840	0.520	0.520	0.280	0.360	0.000	
Soma dos escores de todas as unidades para cada subcomponente												
F1*		3.000	3.200	16.200	3.968	4.960	2.640	2.800	1.760	1.800	0	
Divisão da soma pelo número de USF em cada município para tirar a média (Sairé = 6 USF)												
F2*		0,50	0,53	2,7	0,66	0,83	0,44	0,47	0,29	0,30	0	6,72
GIESF por subcomponente (escala de 0 a 10) de acordo com o peso de cada subcompnoente												
F3*		5,0	5,3	6,7	8,2	8,3	7,3	7,8	7,2	7,5	0	

FÓRMULAS:

$$*F1 = \sum GIUSF(S)$$

$$*F2 = \sum GIUSF(S) / NUSF$$

$$*F3 = F2 * 10 / VTCS$$

GIUSF(S) – Grau de implantação na unidade de saúde da família por subcomponente

NUSF – Número de unidades de saúde da família pesquisadas no município

VTCS = Valor total de cada subcomponente

APÊNDICE E - Artigo**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS MUNICÍPIOS DO AGRESTE DE PERNAMBUCO, BRASIL, 2007.****EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN TWO MUNICIPALITIES IN THE AGRESTE REGION OF PERNAMBUCO, BRAZIL, 2007.**

Autores:

Maria Aparecida de Souza¹

André Monteiro Costa²

¹ Mestrado em Saúde Coletiva - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/FIOCRUZ, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/FIOCRUZ, Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

O presente estudo está voltado para a avaliação de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil. Para possibilitar o conhecimento acerca do grau de implantação alcançado pela ESF foi realizado um estudo avaliativo, do tipo normativo. As técnicas utilizadas foram a entrevista e a análise documental. As categorias de análise adotadas para determinação do grau de implantação foram infra-estrutura, processo de trabalho e atenção à saúde. O grau de implantação alcançado pela Estratégia Saúde da Família nos dois municípios foi classificado como insatisfatório. Os resultados apontaram que os municípios avaliados não estão utilizando plenamente o potencial deste programa como indutor de mudança no modelo de atenção à saúde. Constatou-se que as atividades características da ESF estão sendo desenvolvidas de forma incipiente pelas equipes, que continuam privilegiando a cultura do modelo biomédico, no qual a abordagem individual assume papel relevante e constitui o eixo central da maioria das atividades executadas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Avaliação Normativa; Modelo de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This study is directed towards an evaluation of implementation of the Family Health Strategy (FHS) in two municipalities in the Agreste region of Pernambuco, Brazil. To bring about knowledge of the degree of implementation achieved by the FHS, an evaluative study was done, a normative evaluation. The techniques used were interviews and the analysis of documents. The categories of analysis used to determine the degree of implementation were infra-structure, work process and services processes. The degree of implementation achieved by the FHS in the two municipalities was classified as unsatisfactory. The results showed that the evaluated municipalities are not taking full advantage of the potential of this program, as an instigator of change in the assistance model. It was verified that the characteristic activities of the FHS are being developed in an incipient way by teams, which continue to give evidence to the culture of the biomedical model, where the individual approach takes on a relevant role and constitutes the main axis in the majority of the activities executed.

Key words: Family Health Strategy; Normative Evaluation; Attention to Health Model.

INTRODUÇÃO

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi uma tentativa de realizar ajustes no Sistema Único de Saúde diante das dificuldades em modificar o modelo hegemônico de saúde caracterizado pela desigualdade no acesso, dicotomia entre ações curativas e preventivas, concentração de recursos nas atividades médico-hospitalares e incorporação de procedimentos de alta tecnologia, além de não atingir as regiões e os grupos sociais mais pobres^{1,2}.

Uma investigação realizada entre 1998 e 2000, revelou que o processo de descentralização induzido pelo Governo Federal, a partir da ESF, ampliou a oferta de serviços com ênfase na atenção à média e alta complexidades³, embora se saiba que a implantação da intervenção por si só não garante a substituição do modelo assistencial hegemônico, uma vez que o contexto interfere no desempenho da gestão municipal seja contribuindo ou obstaculizando o processo⁴.

Diversos estudos explorando aspectos variados têm procurado compreender como a ESF se comporta no locus de sua implantação^{5, 6, 7, 8, 9, 10}. A necessidade de desenvolver novos

trabalhos foi apontada por vários destes estudiosos, especialmente pela possibilidade de auxiliar os gestores na tomada de decisão para a correção de rumos e/ou adoção de medidas mais adequadas para o funcionamento da intervenção.

Nesse sentido, Contandriopoulos¹¹ e Hartz e Pouvourville¹² referem que a avaliação é um instrumento extremamente valioso, não só pela possibilidade de explicar os elementos que intervêm na prática dos serviços de saúde e nos problemas, mas especialmente, como instrumento de gestão para a tomada de decisão.

A estruturação do programa e o processo de trabalho das equipes são elementos por si só complexos e que apontam para a necessidade de estudos que permitam considerar as modalidades de implantação nos diferentes contextos. Ademais, poucos estudos têm se preocupado em investigar as relações entre a implementação desta intervenção e a adoção de novas formas de organização e práticas do serviço^{13, 10}. Daí a pertinência em avaliar se a implantação da intervenção é capaz de operar mudanças no modelo assistencial hegemônico presente na rede de serviços da atenção básica tradicional.

O presente estudo está voltado para analisar comparativamente a implantação da Estratégia Saúde da Família nos dois municípios selecionados.

MÉTODOS

Este trabalho visa avaliar o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil. Representa o componente normativo de uma pesquisa mais ampla, que envolve a análise de implantação da ESF, no seu contexto e grau de implantação. Nesse nível, foi realizado um estudo avaliativo, do tipo normativo de corte transversal, no período de julho a dezembro de 2007. A investigação foi realizada em dois municípios habilitados em modalidades diferentes de gestão, Pleno da Atenção Básica e Pleno do Sistema Municipal, ambos com cobertura de 100% do PSF.

O estudo abrangeu a análise de todas as equipes de saúde da família dos municípios-caso, totalizando onze equipes. Foram entrevistados 22 profissionais de nível superior, integrantes das equipes de saúde da família. Utilizou-se um instrumento estruturado^{5,14}, com questões relativas aos critérios e normas preconizados pelo Ministério da Saúde para o funcionamento da ESF, contemplando tanto aspectos estruturais como de processo.

A avaliação do grau de implantação da ESF envolveu as categorias estrutura (equipe, ambiente físico e equipamentos) e processo (organização e práticas do serviço e atenção à

saúde – Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Hipertensão Arterial, do Diabetes mellitus, da Tuberculose, da Hanseníase e Saúde Bucal)¹⁵.

Para descrição do grau de implantação da ESF foi utilizado um sistema de escore adaptado de Felisberto (16). Consideraram-se como pontos de corte para classificação do grau de implantação, numa escala de 0 a 10, os seguintes valores: Crítico= 0 a 4,9; Insatisfatório= 5,0 a 7,9; Satisfatório= 8,0 a 10,0. Ao final foram obtidos os graus de implantação alcançados pela Estratégia Saúde da Família nos dois municípios analisados.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o escore final e o grau de implantação alcançados pela Estratégia Saúde da Família, geral, por componente e subcomponente, nos Municípios 1 e 2, em 2007.

Foi realizada uma avaliação que resultou no julgamento da ESF, comparando a estrutura e o processo, com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde^{14, 17, 18, 19, 20, 21}.

Os Graus de implantação alcançados pelos Municípios 1 e 2 que foram respectivamente de 6,1 e 6,7 ambos considerados insatisfatórios, mostraram que os municípios não estão disponibilizando os recursos necessários, não estão organizando adequadamente os serviços, nem oferecem todas as dimensões de atenção necessárias para que a ESF possa atingir os resultados esperados¹¹.

Componente estrutura (equipe de saúde, infra-estrutura, equipamentos e insumos)

Quando se analisou a Estrutura, constatou-se que em ambos os municípios os recursos não estão sendo empregados de modo adequado ou não são suficientes para garantir os resultados esperados.

Nos Municípios 1 e 2, o Componente Estrutura alcançou um grau de implantação de 5,0 e 5,1, respectivamente, sendo considerado insatisfatório. No município 1, os subcomponentes equipe com 4,8 e infra-estrutura, equipamentos e insumos com 5,2 foram considerados crítico e insatisfatório, respectivamente. No Município 2, os subcomponentes equipe com 5,0 e infra-estrutura, equipamentos e insumos com 5,3 foram ambos considerados insatisfatórios.

Os resultados da avaliação dos aspectos relativos à Equipe mostraram que os profissionais de ambos os municípios não foram qualificados e/ou estimulados a desenvolver a atitude e as habilidades necessárias para realizar adequadamente a abordagem da família, dos indivíduos e da comunidade, conforme modelo proposto para a Saúde da Família.

No Município 1, apenas uma equipe participou do Introdutório e nenhum profissional tem Especialização em Saúde da Família. No Município 2, nenhuma das equipes participou do Introdutório, mas três delas tem profissionais com Especialização em Saúde da Família.

No aspecto referente à infra-estrutura, equipamentos e insumos foram avaliados a disponibilidade de tecnologia e os equipamentos necessários para solucionar os problemas de saúde mais comuns na comunidade. Contribuíram para um grau de implantação insatisfatório, em ambos os municípios: a insuficiência de equipamentos básicos nos consultórios, a falta de manutenção preventiva dos mesmos, a inexistência de equipamentos eletrônicos para a realização de atividades educativas e a falta de espaço para as reuniões de equipe e para as atividades dos agentes comunitários de saúde.

Quatro equipes de cada um dos municípios, relataram haver programado o uso e a distribuição dos ambientes de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Componente Processo (Organização e práticas do serviço e atenção à saúde)

Quando se analisou o Componente Processo, constatou-se que em ambos os municípios os serviços não estão organizados adequadamente nem oferecem todas as dimensões de atenção necessárias para o alcance dos resultados esperados.

O Componente Organização e Práticas do Serviço alcançou um grau de implantação de 5,5 no Município 1 e de 6,7 no Município 2, ambos considerados insatisfatórios.

Nos Municípios 1 e 2, o Componente Atenção à Saúde alcançou um grau de implantação de 7,3 e 7,5 respectivamente, considerado insatisfatório.

Organização e práticas do serviço

A avaliação da organização e práticas do serviço procurou investigar a rotina e o processo de trabalho das equipes. Ao se comparar os aspectos referentes à organização e práticas do serviço com os critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, constatou-se que a maioria das atividades características do modelo proposto pela ESF não estão sendo desenvolvida ou o está sendo conduzida de forma incipiente pelos municípios. Os únicos aspectos contemplados por todas as equipes de ambos os municípios foram: a atualização do cadastro das famílias, o planejamento da assistência domiciliar considerando as indicações da equipe, a organização dos prontuários por núcleos familiares e a construção do cronograma de atividades.

No Município 1, entre os aspectos que comprometeram o desempenho das equipes estão alguns que deveriam dar o tom da mudança proposta pela ESF: só uma equipe desenvolve

ações permanentes de esclarecimento à população sobre o papel da ESF e faz o registro dos aspectos do território e de sua população; nenhuma das equipes utiliza mapa da área de atuação para facilitar o conhecimento das micro áreas, nem tem organizado o “painel de situação” com informações do território da sua área de abrangência ou realiza reuniões sistematicamente, seja para discutir a rotina do trabalho, seja para avaliar ou planejar as ações. Quatro equipes disseram realizar diagnóstico da situação de saúde da população e três afirmaram haver envolvimento de todos os profissionais na realização das ações e que a visita domiciliar é uma atividade sistemática da equipe. Todas as equipes relataram que as famílias em situação de vulnerabilidade social recebem atenção diferenciada.

No Município 2, se constatou um avanço no desenvolvimento de algumas atividades, entre as quais estão o envolvimento multiprofissional para realização do diagnóstico, planejamento e realização das ações e a visita domiciliar realizada como atividade sistemática e permanente pelas seis equipes. Cinco das equipes afirmaram realizar reunião mensal para avaliação e planejamento das atividades, quatro trabalham com mapas discriminados por micro áreas e registram os aspectos do território e de sua população e três utilizam o sistema de informação para o planejamento das ações e realizam o diagnóstico da situação de saúde da população. No entanto, ainda são pouco contemplados os seguintes aspectos: apenas duas equipes desenvolvem atividades para esclarecer a população sobre o papel do PSF e só uma equipe tem organizado o “painel de situação” com informações do território da sua área de abrangência. Só uma relatou realizar avaliação semestral dos resultados alcançados e nenhuma equipe se reúne semanalmente para programar suas atividades.

Atenção à Saúde

Em relação aos subcomponentes, a Saúde da Criança foi considerado satisfatória em ambos os municípios. A atenção à Saúde da Mulher foi considerada satisfatória no Município 1 e insatisfatória no Município 2. Os controles da Hipertensão Arterial, do Diabetes mellitus, da Tuberculose e da Hanseníase foram considerados insatisfatórios em ambos os municípios. A Saúde Bucal foi considerado insatisfatório no Município 1 e crítico no município 2.

A avaliação desse componente revelou um considerável avanço na organização e garantia dos aspectos que se referem à assistência (diagnóstico, tratamento e acompanhamento), mas demonstrou também que as equipes estão negligenciando as atividades de vigilância à saúde.

Em relação à Atenção à Saúde da Mulher, o pré-natal encontra-se uniformemente estruturado em todas as equipes, de ambos os municípios. Todas as equipes fazem diagnóstico da gravidez, classificação do risco gestacional desde a 1ª consulta, acompanhamento do pré-natal

de baixo-risco, avaliação do puerpério e referenciam para exames laboratoriais de rotina, ultrassonografia obstétrica, pré-natal de alto risco e parto hospitalar. Este padrão cai quando se avaliam as atividades de promoção da saúde: só 60% das equipes realizam atividades educativas regulares voltadas para o pré-natal.

As atividades de prevenção de câncer cérvico-uterino, como: a coleta, o encaminhamento dos exames para leitura, a realização da consulta médica para tratamento da cérvico-colpite e o encaminhamento dos casos positivos para os serviços de referência são garantidas por praticamente 100% das equipes. Constatou-se que não existe regularidade na entrega do resultado do citopatológico, que deveria acontecer em até 30 dias após a coleta. A realização sistemática de atividades educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino é desenvolvida por 60% das equipes, enquanto as outras fazem apenas a abordagem individual durante as consultas.

Em relação ao Planejamento Familiar, as prioridades das equipes estão voltadas para a consulta médica, consulta de enfermagem e fornecimento de insumos. Mais uma vez constatou-se negligência em relação à realização de atividades educativas regulares, que são desenvolvidas por apenas metade das equipes do Município 2 e por nenhuma das equipes do Município 1.

Nenhuma das equipes do Município 1 e apenas duas do Município 2 foram capacitadas para o desenvolvimento das atividades da Saúde da Mulher.

Quando se avaliaram os subcomponentes da Saúde da Criança foram encontrados os seguintes resultados: em relação à vigilância nutricional, todas as equipes de ambos os municípios realizam captação da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dispõem dos insumos e equipamentos necessários para a realização das atividades, utilizam o cartão da criança, fazem agendamento de consulta de puericultura, orientam sobre o aleitamento materno durante o pré-natal e incentivam a sua utilização desde o nascimento. Quanto à visita domiciliar à puérpera e ao bebê na 1ª semana pós-parto, cinco das equipes do Município 1 realizam esta atividade, enquanto apenas uma do Município 2 cumpre esta responsabilidade. Apesar da importância do componente educativo para a vigilância nutricional, cerca da metade das equipes de ambos os municípios realizam apenas a abordagem individual, se limitando a fazer a orientação durante as consultas. Nenhuma dispõe de material educativo voltado para o aleitamento materno e para o acompanhamento e desenvolvimento.

Quanto às ações de imunização, se constatou que 100% (n=5) das equipes do Município 1, disponibiliza as vacinas de rotina, os equipamentos e insumos necessários, realiza o controle

do aprazamento da vacinas e realiza a busca ativa dos faltosos. Quanto à capacitação, quatro equipes foram contempladas, embora só duas refiram o uso de normas para desenvolvimento das ações de imunização. As equipes do Município 2 apresentaram um desempenho inferior e os únicos itens assegurados por todas as equipes são a disponibilidade das vacinas da rotina e a geladeira exclusiva para seu armazenamento.

Em relação à assistência às doenças prevalentes da infância, os aspectos citados com maior frequência nas equipes de ambos os municípios foram: a garantia de acesso à referência ambulatorial e/ou hospitalar, quando necessário; a disponibilidade de medicamentos para o atendimento das infecções respiratórias agudas, para o tratamento da disenteria/cólera e a existência de nebulizador em funcionamento. A terapia de reidratação oral é realizada na unidade, quando necessário, por todas as equipes do Município 1 e metade das equipes do Município 2. Essa relação se inverteu quando se avaliou a utilização dos sinais preditivos para classificar os casos de pneumonia. Quatro das equipes do Município 2 utilizavam estes sinais, enquanto só três das equipes do Município 2 os utilizam para classificar os casos de pneumonia. Repetindo um padrão já observado anteriormente, as equipes dos dois municípios concentram seu desempenho nas atividades assistenciais, geralmente voltadas para o atendimento individual, relegando a segundo plano a realização de atividades de educação em saúde.

Só uma equipe do Município 1 relatou o envolvimento multiprofissional para a realização das ações voltadas para a Saúde da Criança. No município 2 ele foi relatada por todas as equipes. Em relação à capacitação da equipe para o desenvolvimento das ações de Saúde da Criança, quatro das equipes do Município 1 relataram haver sido treinadas, enquanto apenas duas do Município 2 confirmaram que receberam capacitação para tal. Entretanto, o uso de normas para o desenvolvimento das ações de saúde da criança foi relatado por todas as equipes do Município 2, enquanto apenas duas do Município 1 admitiram usá-las.

Entre as atividades preconizadas para o Controle da Hipertensão Arterial, as desenvolvidas com maior frequência pelas equipes dos dois municípios foram: o diagnóstico clínico, o cadastramento dos portadores, a referência para diagnóstico precoce das complicações, realização do 1º atendimento de urgência, a busca sistemática dos pacientes faltosos, o acompanhamento dos pacientes (ambulatorial e domiciliar), dos portadores de seqüelas de acidente vascular cerebral no domicílio e fornecimento de medicação. Quanto à disponibilidade de insumos para a realização do diagnóstico, todas as equipes do Município 1 relataram dispor dos equipamentos necessários para a realização do diagnóstico da HAS. Já no Município 2, apenas metade das equipes confirmou a existência de todos os insumos

necessários. As ações educativas sistemáticas para o controle de condições de risco como obesidade, vida sedentária e tabagismo são realizadas por cerca de metade das equipes. As demais equipes limitam sua atuação à abordagem individual durante as consultas.

No Controle do Diabetes mellitus, as atividades desenvolvidas com maior frequência pelas equipes são: a investigação de usuários portadores de fatores de risco, o diagnóstico clínico e laboratorial dos casos, o cadastramento dos portadores, encaminhamento dos casos graves para outro nível de complexidade, fornecimento de medicamento, busca sistemática de pacientes faltosos e o referenciamento para exames laboratoriais para apoio ao diagnóstico de complicações. Nenhuma equipe do Município 1 e só uma do Município 2 foi capacitada para a realização das atividades de controle da doença. Apenas duas equipes do Município 1 e cinco do Município 2 relataram fazer uso de protocolos para o desenvolvimento das ações. Nenhuma equipe do Município 1 e apenas duas do Município 2 realizam o 1º atendimento de urgência às complicações agudas e outras intercorrências na unidade de saúde. O desenvolvimento de ações educativas para o controle de condições de risco (história familiar, controle do peso, hipertensão, história obstétrica, orientação alimentar e atividade física) e para a prevenção de complicações (conhecimento sobre a doença, cuidados com os pés, cessação do tabagismo, cessação do alcoolismo, controle da hipertensão e das dislipidemias) não é realizado por nenhuma das equipes do Município 1 e só duas do Município 2 relataram sua execução.

Dentre as atividades de Controle da Tuberculose, as equipes relataram garantir ou estar aptas a realizar a visita domiciliar, a investigação epidemiológica, notificação dos casos, cadastramento dos portadores, busca aos pacientes faltosos, identificação dos sintomáticos respiratórios na demanda espontânea para qualquer atividade, realização de exame clínico dos sintomáticos respiratórios e comunicantes de casos, garantia de acesso à baciloscopia para diagnóstico e fornecimento dos medicamentos necessários para o tratamento.

Entre os aspectos que prejudicaram o desempenho das equipes estão: a incapacidade de 80% das equipes do Município 1 e 70% das do Município 2 de realizarem o tratamento dos pacientes nas três modalidades preconizadas pelo Ministério da Saúde (na própria unidade, supervisionado e auto-administrado) e a falta de capacitação de 100% das equipes do Município 1 e 70% das equipes do Município 2, embora todas tenham afirmado estar aptas para realizar as ações de controle da doença. Nenhuma das equipes do Município 1 e apenas uma do Município 2 realiza atividades educativas regulares para divulgação dos sinais e sintomas da Tuberculose.

Dentre as atividades de Controle da Hanseníase que a maior parte das equipes dos municípios realizam ou estão aptas a realizar estão: a identificação de sintomáticos dermatológicos, notificação dos casos e cadastramento dos portadores, busca dos faltosos, realização de exame clínico dos sintomáticos dermatológicos e comunicantes de casos, e medicação.

Em relação ao diagnóstico clínico dos casos, três das equipes do Município 1 e duas do Município 2 se disseram incapazes de realizar a classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares). Mesmo diante das evidências da necessidade de intensificar as ações para identificação de possíveis portadores, nenhuma das equipes do Município 1 e apenas uma do Município 2 realiza atividades educativas sistemáticas para divulgação dos sinais e sintomas.

Em relação à Saúde Bucal, no Município 1, quatro das equipes oferecem assistência odontológica, sendo uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família. Já no Município 2, constatou-se que as equipes não estão atuando de acordo com o preconizado para a Saúde Bucal da Família. O Município 1 garante o registro das atividades, disponibiliza equipe odontológico completo, materiais e insumos, instrumentais, realiza os procedimentos odontológicos e atendimento para os primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas. As atividades educativas em saúde bucal são desenvolvidas em três das unidades cobertas pelas equipes de Saúde Bucal. Quanto à existência de serviço de referência, a avaliação deste aspecto foi negativa para todas as equipes, considerando que os itens classificados como obrigatórios não estão todos disponíveis para a população.

Tabela 1 – Escore final e Grau de implantação alcançados pela Estratégia Saúde da Família, geral, por componente e subcomponente, nos Municípios 1 e 2, em 2007.

Grau de implantação da Estratégia Saúde da Família	Escore Alcançado/GIESF			
	Município 1 (n=5)		Município 2 (n=6)	
Grau de implantação do Componente Estrutura (2,0)	1,0	(5,0)	1,03	(5,1)
Subcomponente Equipe (1,0)	0,48	(4,8)	0,50	(5,0)
Subcomponente estrutura física, equipamentos e insumos (1,0)	0,52	(5,2)	0,53	(5,3)
Grau de implantação do Componente Processo (8,0)	5,11	(6,4)	5,69	(7,1)
Componente Processo - Organização e práticas do serviço (4,0)	2,2	(5,5)	2,7	(6,7)
Componente Processo - Atenção à Saúde (4,0)	2,91	(7,3)	2,99	(7,5)
Subcomponente Atenção à Saúde da Mulher (0,8)	0,63	(7,9)	0,66	(8,2)
Subcomponente Atenção à Saúde da Criança (1,0)	0,83	(8,3)	0,83	(8,3)
Subcomponente Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (0,6)	0,43	(7,2)	0,44	(7,3)
Subcomponente Controle do Diabetes Mellitus (0,6)	0,38	(6,3)	0,47	(7,8)
Subcomponente Controle da Tuberculose (0,4)	0,26	(6,5)	0,29	(7,2)
Subcomponente Controle da Hanseníase (0,4)	0,27	(6,7)	0,30	(7,5)
Subcomponente Saúde Bucal (0,2)	0,11	(5,4)	0,0	(0,0)
Grau de implantação da Estratégia Saúde da Família (10,0)	6,11	(6,1)	6,72	(6,7)

Grau de implantação: Crítico=0 a 4,9; Insatisfatório= 5,0 a 7,9 e Satisfatório= 8,0 a 10,0.

DISCUSSÃO

Apesar das particularidades atribuíveis às características de governo e de gestão ou no sentido de Denis e Champagne²², ao contexto de implantação, nos dois municípios estudados foram detectados graus de implantação muito próximos, classificando a Estratégia Saúde da Família como insatisfatória em ambos os municípios.

A avaliação revelou que nos dois municípios os profissionais não estão qualificados para o desenvolvimento das habilidades que se espera de uma equipe de Saúde da Família, não só na atenção à saúde, mas também em relação ao processo de trabalho. O despreparo dos profissionais dificulta o estabelecimento de vínculos com a população, comprometendo a capacidade da equipe de proporcionar a inclusão daqueles que estão em situações mais precárias e mais vulneráveis⁹. Ao refletir sobre o desenvolvimento das atividades coletivas voltadas para a comunidade, Donabedian¹⁵ destacou que os aspectos sobre os quais os profissionais não possuem controle direto devem ser observados, compreendidos e considerados, pois estes têm uma evidente influência na qualidade de saúde da população.

Quanto aos recursos humanos constataram-se problemas relacionados à alta rotatividade dos médicos, ao baixo envolvimento e à desqualificação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, o que coincide com estudo anterior⁶. Observou-se também baixo interesse dos municípios em estimular a formação dos profissionais com curso de especialização em saúde da família ou o desenvolvimento do Treinamento Introdutório para as equipes.

Foi identificada também a baixa adesão dos profissionais de nível superior às visitas domiciliares, que são realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde,

A avaliação mostrou que algumas das atividades características do modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família não estão sendo desenvolvidas ou o estão de forma incipiente pelas equipes, a exemplo das ações de esclarecimento da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família, o planejamento das atividades baseado no diagnóstico de saúde da população adscrita, o registro dos aspectos do território e de sua população e a realização de reunião para avaliação dos resultados alcançados.

Verificou-se também uma evidente dificuldade em priorizar as atividades coletivas na organização e práticas do serviço, especialmente no Município 1, comprometendo o papel a ser desempenhado pelas equipes de saúde da família. Ao realizar uma análise crítica do Programa Médico de Família e do Programa Saúde da Família, Senna e Cohen⁹ observaram dificuldades dos profissionais do PSF, em particular do profissional médico, em adequar os

trabalhos de campo e as atividades dentro das unidades, decorrentes em muitos casos, da grande demanda por assistência individual, reduzindo-se com isso o desenvolvimento das ações voltadas para a comunidade.

Quando se avaliaram a infra-estrutura e os equipamentos, constatou-se que a insuficiência, e em alguns casos inexistência de equipamentos básicos para o acompanhamento das ações programáticas, bem como a inexistência de espaço físico e equipamentos eletrônicos para realização de atividades educativas, nos dois municípios, podem vir a comprometer os resultados esperados pela intervenção.

A análise da atenção à saúde revelou um considerável avanço na organização e na garantia dos aspectos que se referem ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das áreas estratégicas da assistência à saúde, especialmente nas ações de saúde da criança e da mulher, cujos resultados foram superiores às outras áreas, em ambos os municípios. Em um estudo sobre avaliação da atenção à saúde da criança no qual foi analisado o desempenho da atenção em unidades do Programa Saúde da Família e de unidades do modelo tradicional, Samico²³ verificou que o melhor desempenho foi nas áreas do PSF de ambos os municípios analisados, que apresentaram maior aderência e satisfação da comunidade, menor ocorrência de hospitalizações e maior integralidade de ações.

O grau de implantação insatisfatório das atividades de controle da hipertensão arterial, do Diabetes mellitus, da tuberculose e da hanseníase, demonstrou o pouco investimento das gestões municipais na preparação dos profissionais para o desenvolvimento das atividades assistenciais e de ações voltadas para o controle das condições de risco, prevenção das complicações e divulgação dos sinais e sintomas destas patologias. Quanto à Saúde Bucal, o desempenho dos municípios estão muito aquém do preconizado para a Saúde da Família, especialmente em relação ao Município 2.

O desempenho piora quando o foco sai dos aspectos referentes à assistência propriamente dita que privilegia a abordagem individual, e se volta para as atividades de vigilância à saúde, que têm no componente educativo o eixo central da maioria das ações preconizadas. A insuficiência de atividades educativas regulares voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças representa um dos principais fatores que contribuíram para prejudicar o desempenho das equipes em ambos os municípios.

Reflexões sobre a necessidade de transformação da relação profissional-usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas vêm sendo feitas por vários autores^{24,25}. As dificuldades encontradas pelas equipes de saúde da família em transferir o foco de sua atenção dos aspectos meramente

assistenciais para as atividades de vigilância em saúde, levaram alguns autores a questionar o poder de mudança da Estratégia Saúde da Família Paim²⁵.

Neste aspecto, o presente estudo reproduziu resultados encontrados em outra pesquisa, realizada por Silva et al.,²⁶, que revelou que no desenvolvimento cotidiano do processo de trabalho, as equipes de saúde da família não conseguem integrar/articular as ações assistenciais com a dimensão educativa.

O desconhecimento dos membros das equipes de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da ESF e a não definição destas atividades como prioridade da gestão são apontados, em ambos os municípios, como determinantes do pouco envolvimento das equipes com a área de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A não adoção pelas equipes de saúde dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da Saúde da Família e a indefinição da gestão sobre o modelo de saúde a se priorizado são apontados, em ambos os municípios, como determinantes do pouco envolvimento das equipes com a área de prevenção de doenças e promoção da saúde. Aspectos outros como perfil dos profissionais e formação longitudinal, provavelmente contribuem para esta postura profissional, devendo ser alvos de novos estudos.

Não obstante o baixo desenvolvimento das atividades de vigilância à saúde, verificou-se uma expansão na oferta de ações básicas de saúde e a ampliação da cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família. Foi referida a ampliação do acesso nas seguintes atividades: pré-natal, assistência à puérpera e ao recém-nascido, captação de criança para acompanhamento do crescimento, coleta para exame papanicolau, planejamento familiar, consulta ginecológica, diagnóstico e cadastramento dos portadores de hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose.

Estudos anteriores já comprovaram esta tendência, como a investigação realizada com 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, entre 1998 e 2000, que revelou que o processo de descentralização induzido pelo Governo Federal, possibilitou a estruturação e ampliação da oferta de serviços, não só da atenção básica, mas a partir da sua organização, também da atenção da média e alta complexidades³. Em estudo para avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas Equipes de Saúde da Família de Camaragibe, Cavalcante⁵ identificou visível melhoria da assistência e dos indicadores de saúde. Um inquérito realizado com 3.119 equipes de 1.219 municípios de 24 estados, mostrou um alto percentual de adesão aos princípios-chave da ESF tais como: definição de território, adscrição das famílias, cadastro, prontuário familiar e agenda²⁷.

Apesar das distorções identificadas na implantação da intervenção é inegável que a Estratégia Saúde da Família vem contribuindo em ambos os municípios para a qualificação da atenção à saúde, especialmente no que se refere à organização da assistência à saúde e à expansão da cobertura da atenção básica, apresentando potencial para garantir os princípios da universalização da cobertura e da humanização das práticas. Mas, evidenciou-se que a sua implantação por si só, não é capaz de gerar uma mudança estrutural nas práticas de saúde.

Com base nos resultados deste estudo, algumas recomendações poderiam ser consideradas pela gestão para o aperfeiçoamento da intervenção, destacando-se entre elas: a implantação de instrumentos regulares de planejamento, regulação, monitoramento e avaliação dos serviços, construção e execução de plano de qualificação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família com vistas à articulação entre as ações da assistência e as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Deve-se ressaltar que as mudanças no campo da saúde não ocorrem de forma independente, devendo ser estabelecidas alianças com outros níveis de gestão com vistas às transformações da realidade local.

REFERÊNCIAS

1. BARROS, M. E. D. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências Sociais e saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO. cap. 6, 1997.
2. SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 1999. 1ª reimpressão, p. 7-9, mar.2000a.
3. VIANA, A.L.D.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G.; RODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, suplemento, p. 139-151, 2002a.
4. FLEURY, S. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, p. 27-38, 1992.

5. CAVALCANTE, M.G.S. et al. *Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em um município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro*. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v. 6, n.4, p. 437-445, out./dez. 2006.
6. CONILL, E.M. *Políticas de Atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000*. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, supl. 18, p. 191-202, 2002.
7. COPQUE, H.L.F.; TRAD, L.A.B. *Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia*. *Revista de Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 14, n. 4, dez. 2005.
8. FERREIRA, V.S.C; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *Intersetorialidade em Saúde: Um Estudo de Caso*. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 108-132, 2005.
9. SENNA, M.C.M.; COHEN, M.M. *Modelo Assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência*. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n.3, 2002.
10. VIEIRA-DA-SILVA, L. et al. *Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia*. Relatório Final de Pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
11. CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47.
12. HARTZ, Z.M. de A.; POUVOURVILLE, G. *Avaliação dos Programas de Saúde: a eficiência em questão*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.3, n.1, p. 68-82, 1998.
13. HARTZ, Z.M.A; CHAMPANGNE, F.; 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*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 89-131, 1997.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ*. Brasília, DF, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 6).

15. DONABEDIAN, A. Basic Approaches to Assessment: structure, process and outcome. In: _____. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. v. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, p. 75-125. 1980.

16. FELISBERTO, E. et. al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1737-1745, nov./dez. 2002.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrumento Gerencial de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: avaliação, sistema de informação e programação*. Brasília, DF, 1995.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus*. Brasília-DF, 2001b.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2002b.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para o Controle da Hanseníase*. Cadernos de Atenção Básica. 1 ed. Brasília, DF, 2002c.

22. DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. 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: Ed. Fiocruz, 1997. p. 49-88.

23. SAMICO, I.C. et al. Avaliação da Atenção à Saúde da Criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. *Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n. 2, p. 229-240,
24. ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004.
25. PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: _____. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC, p. 361-365, 2002.
26. SILVA, C. C.; SILVA, A. T.; LONSING, A. A integração e a articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2000c.