

Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios

An assessment of the Family Health Program in municipalities of Northeast Brazil: old and new challenges

Paulo de Medeiros Rocha ¹
 Alice da Costa Uchoa ¹
 Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha ¹
 Elizabethe Cristina Fagundes de Souza ¹
 Marconi de Lima Rocha ^{1,2}
 Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro ^{1,3}

Abstract

This article presents part of the results from the Baseline Studies, an evaluative research conducted in 21 municipalities with more than 100,000 inhabitants each, in three States of Northeast Brazil. The overall objective was to assess experiences in the implementation of the Family Health Program (FHP), with a focus on inductions in the PROESE. An implementation analysis was performed, using the case study method. The analysis focused on these dimensions: political-institutional, health organization, and comprehensive care. Outstanding advances included: prioritize the FHP in high-risk areas; institutional learning, with qualification of managers and teams; definition of institutional levels for regulating the FHP; and health team-user bonds and positive perceptions concerning the program. Challenges included: strengthening of local policy and decision-making capacity; allocation of primary care resources; greater employment security for human resources; effective implementation of the health care network; strengthening of social participation; upgrading of monitoring and evaluation for decision-making; receptivity; waiting lines for tests, appointments, and hospital admissions; implementation of teamwork; health promotion and inter-sector activities.

Primary Health Care; Family Health Program; Health Evaluation

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na sua descentralização (regionalização) e reorganização funcional. Neste contexto, desde sua criação em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) possibilitou maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde, particularmente, na Atenção Básica. Nos últimos anos, tem sido concebido como estratégia aglutinadora de múltiplas iniciativas de mudanças do modelo de atenção em saúde. O recente pacto pela saúde ¹, com novas diretrizes para as políticas de saúde brasileiras, reafirma a centralidade da estratégia na reorganização da Atenção Básica para a consolidação do SUS.

A substituição do modelo tradicional pelo PSF, com enfoque na integralidade do sistema e práticas de saúde, implica custos e o enfrentamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas marcadas pela tendência de extensão das equipes aos grandes centros urbanos e descentralização de responsabilidades com a média e alta complexidade com vistas à integralidade do sistema e das práticas de atenção à saúde.

Segundo Teixeira ², numa concepção “ampliada” ou sistêmica, as mudanças do atual “modelo de atenção” incluem três dimensões: gerencial ou político-institucional, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

² Instituto Nacional do Seguro Social, Natal, Brasil.

³ Fundação Nacional de Saúde, Natal, Brasil.

Correspondência

P. M. Rocha
 Departamento de Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 Rua General Gustavo Cordeiro de Farias s/n, Natal, RN 59012-570, Brasil.
 paulorocha@digicom.br
 nesc@nesc.ufrn.br

das ações e serviços; organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e técnico-assistencial, ou do cuidado, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação). Nessa perspectiva, a transformação do modelo de atenção para ser concretizada, exige a conjunção de propostas e estratégias com atuação sinérgica nas três dimensões. Mudanças parciais, entretanto, podem acontecer em cada uma das dimensões assinaladas, constituindo processos que podem facilitar transformações mais amplas.

Algumas iniciativas tratam de ir além dos aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, introduzindo mudanças na formação e capacitação dos sujeitos das práticas e nas relações de trabalho. Destacam-se as experiências que tomam como foco a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento que requerem novas concepções de “porta de entrada” dos serviços, expressas no acolhimento e vínculo ^{3,4,5}.

Muitas destas mudanças estão vinculadas ao PSF, que, embora sob mesma orientação macropolítica, vem produzindo experiências qualitativamente diferentes ^{4,6}. Ayres ⁷ considera que os vários PSF(s) constituem nova base para articulações intersetoriais e promovem a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens da assistência, assim como a sensibilidade para os distintos aspectos do processo saúde-doença e ênfase à promoção da saúde.

Um dos maiores desafios à elevação mais significativa de sua cobertura populacional tanto para conversão do modelo está na reorganização da Atenção Básica nos grandes centros urbanos que concentram maior parte da população brasileira e apresentam um quadro de “acumulação epidemiológica” com todos os problemas típicos de aglomerados urbanos e doenças da pobreza, exclusão social, violência e doenças crônico-degenerativas.

Outro aspecto determinante do enfoque é existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde públicos e privados que acabam mobilizando grandes volumes de recursos e pressionando a demanda por consumo de tecnologia. Uma dificuldade adicional na vinculação do valor transferido do nível central à cobertura do programa que acaba favo-

recendo bem mais os municípios de pequeno e médio porte ⁸.

Para organizar, fortalecer a Atenção Básica pautada na saúde da família em municípios acima de 100 mil habitantes, o Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial (BIRD) propôs o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Além do seu componente de implementação e melhoria da qualidade da assistência à saúde, destaca-se os Estudos de Linha de Base (ELB) cujo foco é a avaliação dos contextos iniciais (2004) com vistas à avaliação posterior de impacto (2008) e à institucionalização dos processos avaliativos.

Bodstein ⁹ afirma que a importância do fortalecimento da reorganização da Atenção Básica para o aprimoramento SUS traz desafios metodológicos representados pela necessidade de avaliação das mudanças provocadas pela dinâmica entre as iniciativas de indução por parte do gestor federal do SUS e a capacidade de resposta evidenciada pelos municípios em diferentes contextos específicos. Uma gama de diferentes autores nacionais e internacionais ^{9,10,11,12,13,14,15,16} reafirma a necessidade de avaliação de programas e políticas públicas bem como de investir na institucionalização da avaliação.

Nesta direção, o Estudo da Implantação do PROESF, realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), teve como objetivo avaliar a Atenção Básica nas dimensões político-institucional, atenção à saúde e cuidado, tomando como objetivo a expansão e consolidação do PSF.

Entende-se que para apreender a dimensão política de um programa precisa-se articular projeto e capacidade do governo além de governabilidade do sistema. O projeto do governo (capital político) é referente ao conteúdo propositivo do plano (propostas e ações) para atingir os objetivos; a capacidade do governo (capital teórico) refere-se principalmente à experiência acumulada para conduzir, gerenciar, administrar, exercer controle do processo, bem como conceber, executar estratégias e táticas eficazes; a governabilidade relaciona-se à liberdade de ação em situações controladas e não controladas no governo requerendo habilidades de conduzir um processo com definição clara de objetivos que, no entanto, poderão ser reformulados ou até abandonados a depender dos resultados ¹⁷.

A dimensão da organização da atenção técnica focaliza sua adequação às necessidades dos usuários e a qualidade dos serviços; a dimensão organizacional do processo diz respeito à acessibilidade e à extensão de cobertura dos serviços oferecidos, enquanto a dimensão das relações

interpessoais observa a interação psicológica e social entre os profissionais e usuários na satisfação dos mesmos ⁶.

O cuidado é concebido como uma tecnologia de saúde complexa, presente em todos os níveis do sistema. É apreendido por seu aspecto relacional, uma interação entre sujeitos (equipe de saúde da família/usuários/gestor) no processo de atenção à saúde seja individualizado, seja na relação com a comunidade. Reflexões sobre acolhimento, vínculo/responsabilização, qualidade da atenção e trabalho em equipe traduzem a integralidade adotada ⁶.

O acolhimento é compreendido como uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e é definido por sua capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, o que resulta numa relação ética e humanizada. Portanto não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, sendo um momento de escuta e promoção do direito à saúde como um direito de cidadania. Nesta linha de argumentação o vínculo estabelece condições para uma maior responsabilização e compromisso ^{3,4,5,6}.

O cuidado também inclui a qualidade da atenção e o trabalho em equipe. A primeira refere-se ao processo saúde-doença, aos cuidados técnicos (adequação entre diagnóstico e terapêutico); aos fatores sócio-ambientais (fatores de risco social, trabalho, família entre outros) e psicológicos. É necessário avaliar o acesso aos serviços, a disponibilidade da atenção e a capacidade de resolver ou contribuir para a solução de um amplo leque de problemas, numa perspectiva integral da saúde ¹⁸.

O trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura numa relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação dos seus agentes ¹⁹.

Como esclarece Minayo et al. ²⁰ é indispensável compreender o sentido de mudança, por ser ele o “pano de fundo” e a “imagem-objetivo” da gestão das políticas sociais no intuito de desvelar cenários para intervenções positivas. Na identificação das mudanças em curso, Bodstein ⁹ chama atenção que mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública são indicadores importantes e promovem novas institucionalidades e maior responsabilidade pública com maior participação e controle social e co-responsabilização da população.

O presente texto tem como propósito apresentar o desenho metodológico do estudo, discutir seus principais resultados e compartilhar as lições apreendidas.

Metodologia

O estudo de implantação faz parte dos estudos de linha de base e foi desenvolvido, no período de março a julho de 2005, em 21 municípios dos Estados da Bahia, Ceará e Sergipe (lote 1 do Nordeste) indicados pelo Ministério da Saúde.

Em relação à dinâmica da investigação, adotou-se a perspectiva de avaliação por triangulação de métodos ¹⁷. Significou integrar a análise das estruturas, processos, percepções de diferentes atores e resultados na reorganização da Atenção Básica, com vistas à ampliação e consolidação do PSF.

O primeiro passo foi acordar a escolha dos indicadores, instrumentos e técnicas entre pesquisadores, municípios e Ministério da Saúde em duas oficinas (nacional e local/regional).

A pesquisa trabalhou as seguintes dimensões: político-institucional, organização da atenção e cuidado integral. Cada dimensão agrupou diversas sub-dimensões (categorias) e indicadores. As técnicas de pesquisa foram: entrevista semi-estruturada com gestores (secretário de saúde e coordenadores da Atenção Básica ou do PSF); entrevistas estruturadas (usuários e profissionais das equipes de saúde da família) e análise documental (PROESE, Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Atas do Conselho Municipal de Saúde, entre outros). Utilizou-se a triangulação dessas diversas técnicas, fontes e indicadores ²¹.

A amostra dos informantes foi intencional, no sentido da escolha de atores considerados estratégicos na implantação do PSF: gestores, profissionais da equipe de saúde da família e usuários.

Foram incluídos todos os gestores municipais e coordenadores de Atenção Básica/PSF (total de 42 entrevistas). Para os profissionais das equipes de saúde da família utilizou-se amostra não probabilística. O primeiro critério de inclusão na amostra foi o tempo de implantação das equipes (antes e pós PROESF) e o segundo foi referente à localização dessas equipes nas unidades de saúde (áreas geográficas – rurais e urbanas). Do total de equipes incluídas e estratificadas, foi realizada uma segunda delimitação amostral de 10%, utilizando-se o procedimento de sorteio. O total de equipes entrevistadas foi de 89, o que correspondeu ao montante de 407 profissionais de saúde.

Com relação aos usuários, utilizou-se o critério do número de famílias cobertas pela equipe, conforme padrão utilizado pelo Ministério da Saúde (até mil por equipe). Observar que nos municípios pesquisados selecionou-se um número de equipes que redundaria num elevado número de usuários/famílias a serem entrevi-

tados. Aplicou-se, então, uma delimitação amostral de 1% que resultou em dez usuários/famílias por equipe, extraindo-se assim o universo total de 890 usuários. Houve perda de cinco entrevistados. Os critérios de inclusão foram: pertencer a famílias com residência em distintas micro-áreas (evitando-se o vício amostral de concentração), cadastro concluído e ser usuário de ações programáticas como saúde da mulher, hipertensos, diabéticos, idosos, entre outros.

Os dados primários, obtidos nas entrevistas estruturadas e nas observações diretas, foram codificados, computados no programa Epi Info versão 2003 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e distribuídos em frequências simples, por tipo de informante, dimensões e categorias, para consolidação e análise dos mesmos. Realizou-se a crítica da consistência dos dados codificados em relação aos coletados.

Os dados das entrevistas semi-estruturadas, depois de gravados, assim como aqueles resultantes da análise documental, foram transcritos e agrupados por categoria e indicadores.

Para todos os resultados, utilizou-se o método de análise de conteúdo¹⁵ com leitura vertical detalhada por dimensão e categorias, e em seguida por tipo de informante (gestores, profissionais e usuários). Logo a seguir, realizou-se uma leitura horizontal do conjunto dos relatos que permitiu estabelecer relações e correlações entre os distintos depoimentos, respostas e opiniões.

Após a categorização e análise, ocorreram duas oficinas internas entre a equipe multidisciplinar dos pesquisadores com objetivo de elaborar, por consenso (votação da maioria), padrões ou estágios evolutivos dos municípios quanto ao processo de implantação e consolidação do PSF. Tomou-se como referência a *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*²² e os clássicos estudos de Donabedian^{23,24}. Os padrões corresponderam às descrições sem utilização de escalas numéricas e ou testes estatísticos. Em cada dimensão, escolheram-se dois critérios para definição de estágios avançado, regular e incipiente²¹.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, tendo cumprido todas as exigências estabelecidos pela *Resolução n.º 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dimensão político-institucional

A intenção de ampliar e consolidar o PSF como estratégia prioritária de reorganização da Aten-

ção Básica foi a tônica observada no conjunto dos municípios, através das falas dos gestores e documentos institucionais. Esse movimento, na agenda política da saúde municipal, foi considerado extremamente reforçado pela indução do financiamento do Ministério da Saúde, associado à exigência ao cumprimento de metas e resultados pactuados ente municípios, estados e União.

No entanto, a análise da alocação de recursos através do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), demonstrou que ao se combinar gastos públicos *per capita* em saúde com o percentual das despesas referentes à Atenção Básica, e recursos próprios do município aplicados à saúde (*Emenda Constitucional n.º 29*) havia uma correlação entre a intenção explicitada e o financiamento da Atenção Básica em apenas cinco municípios. Outra pesquisa¹⁷, dentro dos ELB(s), encontrou resultados semelhantes, chamando atenção à relevância do indicador financiamento nas análises de sustentabilidade, necessárias à conversão do modelo de atenção integral à saúde.

Os resultados encontrados apontam a inclusão dos municípios nos seguintes padrões: avançado (5); regular (3); e incipiente (13).

No que diz respeito à Capacidade de Governo, um ponto forte para a consolidação do PSF – revelado nos documentos e nas entrevistas (gestores e equipes) – foi a avançada qualificação técnica tanto dos primeiros (capacitação avançada em saúde pública e experiências anteriores de gestão) quanto das equipes (treinamentos em ciclos de vida e atualizações em áreas programáticas da Atenção Básica; treinamentos introdutórios ao PSF, especializações e residências em saúde da família). Evidenciaram-se investimentos consideráveis na área de formação (escolas regional-municipais para formação em saúde pública/família, parcerias com órgãos formadores e integração ensino-serviço).

Apesar destes avanços, persistia na área de recursos humanos, uma gama de questões relacionadas ao mundo do trabalho com destaque para algum grau de precarização nos contratos (cooperativas, prestação de serviço por tempo determinado, cargo comissão, acordo verbal) dos profissionais de saúde. Ao se articular as duas questões, formação/capacitação e superação da precarização, o padrão dos municípios foi: avançado (4); regular (6); e incipiente (11).

Em referência à governabilidade, a regulação institucional e social (apoio parlamentar, conselhos locais e outros mecanismos participativos) foi valorizada (entrevista dos gestores e documentos) em apenas alguns contextos municipais. No estadiamento, os municípios foram

caracterizados nos seguintes padrões: avançado (4); regular (6); e incipiente (11).

Na prioridade da Atenção Básica levou-se em consideração o aprendizado institucional, o conhecimento sobre os processos de pactuação e as mudanças administrativas. No aspecto do “aprendizado institucional”²⁵ ou trajetória institucional verificou-se que a grande parte dos municípios (19) encontrava-se na gestão plena do sistema de saúde. Foram observadas variações de tempo nessas habilitações destacando-se, em quatro municípios, a maior experiência institucional nessa trajetória, enquanto os demais avançaram nessas habilitações somente nos últimos três anos.

Em dezessete municípios cerca de 80% dos profissionais entrevistados (nível superior e médio) desconheciam o que significava o processo de pactuação, seus objetivos, indicadores e metas. Naqueles que referiram conhecê-lo, apenas a gestão e mais especificamente os coordenadores da Atenção Básica e/ou do PSF tinham este tipo de conhecimento.

Quanto à reorganização administrativa das Secretarias Municipais de Saúde, a análise documental, as entrevistas (gestores) e observação (unidade e Secretaria Municipal de Saúde) mostraram que a maioria dos municípios (11) promoveu algum tipo de mudança na estrutura administrativa com a implantação do PSF. Nestes, os gestores tinham a concepção de saúde da família como um programa a mais a ser desenvolvido junto à Atenção Básica. Houve reformas e melhorias nas unidades com a lógica de “simples expansão de cobertura” ou “porta de entrada” do sistema local de saúde. Por outro lado, nos outros dez municípios ocorreram reformas político-administrativas substantivas que destacaram a equipe de saúde da família no organograma institucional, com criação de novos espaços administrativos, maior poder decisório (autonomia) e valorização na estrutura de poder existente.

Considerando os critérios descritos acima, os municípios foram incluídos nos seguintes padrões de desenvolvimento: avançado (4); regular (12); e incipiente (5).

Dimensão da organização da atenção

Em relação aos mecanismos de participação social, nos Planos Municipais e entrevistas com gestores, sete municípios registraram a existência de conselhos locais de saúde em mais de uma unidade de saúde da família. Entretanto, a maioria dos entrevistados (profissionais e usuários) em 16 municípios afirmou ser pouco freqüente a “realização de reuniões com participação da comunidade sobre temas de saúde ou de cidadania”.

Quanto à existência de instrumentos de planejamento e programação, com uso regular dos sistemas de informação em saúde e unidades informatizadas, houve confirmação em quatro municípios pela maioria dos profissionais. Para os gestores e os coordenadores da Atenção Básica/PSF, em apenas três municípios, identificaram-se o monitoramento e a avaliação como práticas consolidadas. Nos demais, as entrevistas apontaram para processos iniciais de institucionalização, necessidade de suporte e infra-estrutura, falta de definições relativas ao pessoal e pouca capacitação para análise de desempenho.

Em nenhum município foram encontradas unidades de saúde da família com algum mecanismo de autonomia financeira como fundo de caixa para pagamento de pequenas despesas. Em 15 municípios, a autonomia técnico-operacional foi referida pela maioria dos profissionais. Contudo, ao se investigar as inovações na gestão municipal com a implantação do PSF foram relatadas experiências singulares em cinco municípios, destacando-se entre outros, o chamado co-gestão de coletivos, baseado no “método da roda”, de Campos²⁶.

Com referência às práticas de oferta, nos 21 municípios, predominaram os critérios de áreas críticas de risco sócio-epidemiológico e cobertura assistencial para a expansão de cobertura do PSF. Quanto à cobertura do PSF, em 14 municípios variaram entre 15% e 70%. Os outros, entre 70% e 100%. Os municípios de médio porte tiveram as maiores coberturas, enquanto as metrópoles tiveram as menores.

Na integração do PSF à rede de atenção, constatou-se na análise documental, a existência de central de exames e de consultas especializadas em cerca de 19 municípios. Entretanto, depoimentos de todos os entrevistados (gestores, profissionais e usuários) no conjunto dos municípios revelaram que, em graus variados, havia dificuldades de referência e contra-referência.

Metade dos municípios havia implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e/ou Central de Urgência e Emergência. Nos demais, permanecia o atendimento por ambulância. Em 15 municípios, os usuários e profissionais referiram dificuldades ao utilizarem os serviços de urgência. Nove informaram possuir central de marcação de internação, mas a maioria dos usuários e profissionais entrevistados referiu dificuldades para acessá-las.

Em 12 municípios, em pelo menos uma das equipes de saúde da família identificou-se presença da equipe de saúde bucal. Ressalta-se que alguns municípios estavam buscando inserir assistência odontológica em algumas unidades,

mas ainda não se constituía equipe integrada à equipe de saúde da família.

Na assistência farmacêutica, a observação revelou que 19 municípios registraram existência de setor formal na Secretaria Municipal de Saúde. Dentre estes, 15, apresentavam esta atividade na maioria das unidades, contando com espaço físico adequado e técnico responsável. No entanto, a maioria referiu problemas relevantes de estrutura e organização. Apenas cinco municípios produziam ou utilizavam medicamentos ligados a práticas naturais e ou complementares.

Considerando a sustentabilidade, foram observados três tipos de questão. Um primeiro ponto relacionado ao processo de licitação para compras e constitua, na visão dos gestores, importante obstáculo a ser superado, visto que comprometia a regularidade de estoques das unidades.

Um segundo ponto refere-se à estrutura das unidades. A observação mostrou que, em apenas quatro municípios, as estruturas físicas eram adequadas, resultados de construção e ou reformas das unidades dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde. Nos demais, a grande parte das unidades de saúde da família eram alugadas e com estrutura física inadequada ao trabalho das equipes.

Os resultados acima foram sistematizados para classificar os estágios de desenvolvimento da organização da atenção em: avançado (4); regular (9); e incipiente (8).

Dimensão do cuidado integral

O vínculo que expressa as relações de confiança e de satisfação entre usuários e profissionais foi o critério de maior evidência positiva e identificado como consensual em 15 municípios, mesmo nas áreas com estrutura organizacional incipiente, como zonas rurais e ou de periferia das metrópoles.

Há reconhecimento das unidades de saúde da família como “*porta de entrada, valorização do território, horário integral e atuação do agente comunitário de saúde*”. Sinaliza para mudanças na organização do sistema de saúde e das práticas de cuidado, quando comparadas ao modelo anterior de atenção, mais tradicionais e curativos, de grande custo e que levam à insatisfação dos envolvidos.

Alguns municípios vêm efetuando práticas acolhedoras em consonância com a política de humanização do SUS. Na maior parte dos municípios, enfrenta questões como falta de estruturação e pessoal (ambiência e atitude), mais acentuada na zona rural. Foram apontados ainda: precariedades nas unidades (notadamente

na zona rural); excessiva priorização de grupos específicos (quase exclusividade dos crônicos); protocolos incipientes; predomínio de práticas curativo-individuais.

As dificuldades apareceram como associadas a quantitativos altos de atendimento por equipe (acima de mil famílias); excesso de demanda; sobrecarga de trabalho profissional; limitadas práticas de promoção da saúde.

No que diz respeito à acessibilidade às consultas na unidade e aos encaminhamentos, os usuários referiram existir grande demanda para atendimento, com permanência de filas nas próprias unidades de saúde da família. O tempo de espera, de um modo geral, variou entre 1 a 7 dias, sendo que em uma das capitais identificou-se o maior tempo de espera, entre 8 e 15 dias. Tal problema torna-se maior em relação a exames laboratoriais, consultas especializadas e internações. Com as centrais informatizadas aparecem filas eletrônicas que levam até meses para atender as demandas de atendimento.

Destacaram-se formas criativas de implementação do acolhimento com destaque para as rodas de conversa (espaços de reuniões coletivas envolvendo profissionais e usuários) e institucionalização do monitoramento e avaliação pela gestão municipal.

A grande maioria das unidades de saúde da família funcionava em dois turnos e não dispunham de horário especial (noturno, final de semana ou feriado). Em um dos municípios observou-se que algumas unidades de saúde da família funcionavam até 19 horas. Percebeu-se certa inflexibilidade no acesso ao atendimento à clientela quando esta vinculava-se a outra equipe, denotando insatisfações por parte dos usuários.

O trabalho em equipe avançou em três municípios em sua organização com a integração e cooperação entre os profissionais, associada à ocorrência de reuniões coletivas para planejamento e construção de plano comum de trabalho. As dificuldades foram visíveis nas atividades de visitas domiciliares e promocionais, especialmente, entre os profissionais médicos, quando se vêem diante de grande demanda por atendimento clínico. A sobrecarga de trabalho e a pressão por assistência em locais com pouca cobertura e/ou áreas contíguas foram apontadas como obstáculo a ser superado na organização do trabalho. Para muitos entrevistados o agendamento de grupos prioritários introduz segmentação com repressão de demanda para os não incluídos nos agrupamentos. A adoção de protocolos assistenciais mostrou-se incipiente.

Quanto ao processo saúde-doença, há reconhecimento entre os atores sobre o valor do

PSF no estabelecimento de práticas integrais e participativas, e de mudanças no cuidado: visita domiciliar; promoção e prevenção; trabalho em equipe; ampliação do acesso; vigilância em saúde; maior informação; vínculo equipe-comunidade; impacto; qualificação; expansão para áreas rurais; vacinas; valorização do usuário; maior cobertura; compromisso dos profissionais; ouvidoria; busca ativa atuante; visão ampliada de saúde; humanização do atendimento; e geração de emprego.

Dentro das percepções positivas os usuários destacaram: o bom atendimento (trato) da equipe; a unidade de saúde da família localizar-se próximo a sua casa; prioridades no atendimento; acesso; disponibilidade de vacina e exames; visita domiciliar; trabalho do agente comunitário de saúde; qualidade; ações educativas, e resolutividade, valorizando práticas voltadas ao modelo centrado nas ações básicas (cuidados) de enfermagem e atendimento médico: *“antes era pior, agora tem mais médico e consulta”*.

Foram identificadas em três municípios experiências inovadoras como farmácia viva (fitoterapia), caravana do sorriso (atividade educativa de prevenção de cárie dentária), academia da cidade (espaço de práticas corporais em praças públicas), terapia comunitária (reuniões de promoção da saúde mental envolvendo profissionais e usuários), PSF ampliado (equipe integrada a especialistas), dentre outras, demonstrando maior leque de ações na perspectiva do cuidado integral.

Considerando os aspectos descritos acima, os municípios foram incluídos nos seguintes padrões de desenvolvimento, segundo os critérios: avançado (3); regular (3); e incipiente (15).

Discussão

Na dimensão político-institucional constatou-se predomínio de estágios incipientes e regulares entre os municípios analisados, notadamente nos aspectos do financiamento, da governabilidade e prioridade da Atenção Básica. Por outro lado, um grupo de municípios (quatro) avança de forma consolidada e simultânea nas várias subdimensões analisadas. Revelaram-se, nesses municípios, resultados importantes na sua trajetória institucional, com níveis altos de “aprendizado institucional”, na priorização da Atenção Básica e financiamento, nas reformas administrativas com valorização da equipe de saúde da família e nas práticas de governabilidade com maior participação social.

No que diz respeito às práticas de oferta, parte importante dos municípios (7) tem avançado

na tentativa de conversão de 100% da rede básica, em direção mais universalista. Esses mesmos municípios são, com uma ou outra variação, os que também estão experimentando alterações mais expressivas na dimensão político-institucional. Os demais apresentavam uma cobertura populacional em torno de 70% e alguns bem abaixo desse percentual, tendo como exemplo maior as metrópoles. Nestas, a expansão do PSF exige, necessariamente, esforços específicos de reorganização da atenção, em virtude da existência prévia de uma rede de serviços atuando em outra lógica de organização. Além de apresentar níveis de iniquidade social bem mais acentuados.

Um achado bastante expressivo diz respeito às limitações na acessibilidade aos outros níveis de atenção dos usuários referenciados a partir do nível da Atenção Básica (os denominados “estrangulamentos assistenciais”). Em todos os municípios pesquisados foram observadas dificuldades para se conseguir consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico na média e alta complexidade da atenção. Longos tempos de espera, filas (também virtuais), demora no recebimento dos exames, entre outros, foram encontrados no conjunto desses municípios como um dos grandes desafios, na busca da integralidade da atenção, com que se depara a implementação da equipe de saúde da família. Essa situação recebeu fortes críticas dos profissionais e, principalmente, dos usuários como os principais prejudicados por esse funcionamento do sistema. Apareceu também como uma das maiores dificuldades para os gestores da saúde. Corroboram esses achados algumas pesquisas anteriores^{8,25} e investigações atuais dos ELB²⁷.

De modo amplo, verificou-se grande heterogeneidade de práticas no cuidado, ora com avanços de integralidade na atenção, com experiências inovadoras singulares em alguns municípios, ora com a permanência de padrões tradicionais (biomédico, clínico) na maioria dos municípios pesquisados, ou situações também frequentes de coexistência desses padrões num mesmo município. Essa realidade indica o próprio estágio de desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família: situações mais consolidadas e avançadas apresentam práticas de cuidado mais integrais, articulando práticas clínicas e promocionais, enquanto que nos estágios mais incipientes e regulares predominam práticas medicalizantes e clínico-tradicionais.

As unidades de saúde da família avançam no reconhecimento da população/usuários (dos profissionais e gestores) como “porta de entrada” do sistema municipal de saúde. Tem valor

especial o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde assim como o funcionamento das unidades em horário integral observado na grande maioria dos municípios. Estão adiantados os trabalhos de territorialização em todas as unidades de saúde da família, na grande maioria dos municípios, o que tem favorecido o estabelecimento de vínculos equipes/população. Ainda permanecem quantitativos altos de atendimento familiar por equipes (em alguns municípios bem acima das mil famílias preconizadas pelo Ministério da Saúde, até março de 2006), trazendo uma sobrecarga de trabalho para os profissionais e grandes reclamações por parte dos usuários.

Simultaneamente, aos avanços mencionados, permanecem desafios para consolidar a equipe de saúde da família, nos grandes centros urbanos. Ou seja, soluções têm de ser buscadas de forma abrangente para melhoria do atendimento dessas populações, até mesmo nos seus aspectos clínico-tradicionais (contratação de mais profissionais, suprimento de medicamentos nas unidades, resolutividade nas consultas/exames, entre outros) ao mesmo tempo em que deverão ser impulsionadas experiências (alguns municípios já apresentam êxitos) que direcionam a reorganização da Atenção Básica na perspectiva da integralidade e de promoção da saúde.

Nos municípios estudados, percebe-se que, mesmo naqueles que se encontram em estágio mais avançado, permanece o desafio de vir a se constituir enquanto sistema em rede integrada de serviços para efetivar a integralidade da atenção à saúde. Na compreensão de Hartz & Contandriopoulos²⁸ é indispensável buscar uma dupla leitura do objeto da "rede", como estrutura organizacional, voltada para produção de serviços, e como dinâmica de seus atores em constante renegociação de seus papéis, para obter soluções de antigos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos.

Conclusões

O espaço do estudo da implantação propiciou interação entre os sujeitos pesquisador e pesquisados, ou seja, academia e serviços de saúde – favorecendo a democratização desta relação. Esta dimensão, mais participativa da avaliação com ênfase nos momentos vivenciais dos atores, desvelou a especificidade, singularidades de

cada município ao mesmo tempo em que identificou questões em comum além de descortinar cenários para seu enfrentamento.

Sugerem-se alguns direcionamentos à ação política com vistas à expansão e consolidação do PSF: correlação entre o financiamento da Atenção Básica e os recursos aplicados prioritariamente na Atenção Básica, investimentos na adequação da estrutura dos serviços, processo de trabalho diversificado levando em conta risco social diferenciado, estímulo à promoção da saúde experiências inovadoras de gestão e cuidado, perfis de equipe compatíveis com conceitos ampliados de saúde.

Observou-se uma premência na necessidade de regulação da referência e contra-referência entre os setores públicos, privados e filantrópicos; de enfrentamento da desprecarização não apenas do vínculo, mas, do trabalho; de recortes territoriais que se harmonizem com a construção de processos identitários.

Os resultados apontam para construção de uma racionalidade técnica que amplie as contribuições das ferramentas epidemiológicas oferecendo a complementaridade de outros suportes como as ciências humanas e sociais de modo a abarcar a ampliação da própria ampliação do conceito de saúde.

O estudo contribuiu para institucionalização de avaliação na medida em que a construção de padrões avaliativos das diferentes dimensões abriu possibilidades de reaplicabilidade de metodologias e revisão contínua dos seus resultados. Neste sentido, favorece processos avaliativos de natureza interna (auto-avaliação) e externa que subsidiem a gestão nas tomadas de decisão. Os padrões, apresentados como passíveis de mudanças, podem revelar ganhos e retrocessos e, assim, reforçar situações desejáveis e correções de rotas na conversão do modelo.

Por fim, é imperioso que se constituam, mais e novos processos investigativos que estimem com mais precisão os impactos do PROESF e envolvam atores locais. Estes devem ser voltados para o aprofundamento de questões, problemas, e singularidades detectadas nessa etapa de modo a subsidiar a adequação, o redirecionamento, a formulação de políticas, planos, programas e processos inovadores que viabilizem aos sistemas locais de saúde a possibilidade de se tornarem mais autônomos, efetivos e equânimes para consolidação do SUS.

Resumo

Este artigo apresenta parte dos resultados referentes à pesquisa avaliativa Estudos de Linha de Base, desenvolvida em 21 municípios com mais de 100 mil habitantes em três estados do Nordeste do Brasil. O objetivo geral foi avaliar experiências de implementação do Programa Saúde da Família (PSF), com foco nas induções do PROESE. Foi realizada Análise de Implantação utilizando-se como método o estudo de caso. Na análise utilizaram-se as dimensões: político-institucional, organização da atenção e cuidado integral. Como avanços destacam-se: priorização do PSF em áreas de risco; aprendizado institucional, qualificação dos gestores e equipes; centrais de regulação, vínculo e percepção positiva sobre PSF. Em relação aos desafios observaram-se: fortalecimento da capacidade formuladora local, alocação dos recursos na Atenção Básica, desprecarização do trabalho, efetivação de rede de atenção, fortalecimento da participação social, qualificação do monitoramento e avaliação para tomada de decisão; acolhimento; filas para exames, consultas e internação; implementação do trabalho em equipe e atividades promocionais e intersetoriais.

Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Avaliação em Saúde

Colaboradores

P. M. Rocha, A. C. Uchoa, N. S. P. D. Rocha, E. C. F. Souza, M. L. Rocha e T. X. A. Pinheiro contribuíram para desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados. P. M. Rocha, A. C. Uchoa, N. S. P. D. Rocha, E. C. F. Souza contribuíram também para a redação final do texto.

Agradecimentos

Este artigo faz parte de pesquisa financiada pelo Acordo de Empréstimo nº. 7105-BR, firmado entre o governo brasileiro e o Banco Mundial (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF) e realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC/UFRN), através do contrato nº. 5003/2004, entre o Ministério da Saúde e a UFRN. Agradecemos aos pesquisadores locais que participaram da coleta de dados em alguns municípios; aos outros pesquisadores do NESC que contribuíram compartilhando conosco os vários momentos e estudos da pesquisa: Ana Tânia Lopes Sampaio, Grácia Maria de Miranda Gondim, Janete Lima de Castro, Marize Barros de Souza Araújo, Márcia Araújo Barreto e Rosana Lúcia Alves de Vilar. A Sônia Maria Teixeira e Souza e Iranilton Costa pela contribuição no apoio administrativo; aos alunos bolsistas do curso médico da UFRN: João Paulo Fernandes Lira de Holanda, Manoel Artur Nóbrega da Silva e Ubiratan Wagner de Sousa.

Referências

1. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl: S153-62.
3. Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
4. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.
5. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.
6. Silva Jr. AG, Gomes A, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-55.

7. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.
8. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. O PSF e a dinâmica das grandes cidades. In: Viana ALA, Elias PE, Ibañez N, organizadores. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 244-65.
9. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12.
10. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
11. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:229-59.
12. Stevenson JF, Florin P, Mills DS, Andrade M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Eval Program Plann* 2002; 25:233-43.
13. Silva LMV. The field of evaluation and the "sur mesure" strategy. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:247-8.
14. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:419-21.
15. Travassos C. Debate sobre o artigo de Zulmira M. A. Hartz. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:246-7.
16. Mackay K. Fortalecimiento de la capacidad de evaluación. Guía para el diagnóstico y marco para la acción. Washington DC: Banco Mundial; 2000.
17. Matus C. Política, planejamento e governo. 3ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
19. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:103-9.
20. Minayo MC, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
21. Rocha PM, Uchoa AC, Souza ECF, Rocha ML, Escoda SQ, Rocha NSP, et al. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) – Estudo de Linha de Base (pesquisa avaliativa): Lote 1 – Nordeste (21 municípios da Bahia, Ceará e Sergipe). v. 2: Estudo da implantação (síntese). <http://www.nesc.ufrn.br/arquivos/VOLUME2ES TUDOIMPLANTACAO13002008.pdf> (acessado em 14/Fev/2008).
22. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
23. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 382-404. (Publicación Científica, 534).
24. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual Rev Bull* 1986; 12:99-108.
25. Escorel S. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
26. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
27. Viana ALd'A, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:577-606.
28. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2: S331-6.

Recebido em 22/Fev/2007

Versão final reapresentada em 19/Fev/2008

Aprovado em 21/Fev/2008