



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DEYBSON BORBA DE ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE**

**SALVADOR
2010**

DEYBSON BORBA DE ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Meira de Melo

**SALVADOR
2010**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem e Nutrição,
Escola de Enfermagem, SIBI – UFBA.

Flávia Catarino Conceição Ferreira - Bibliotecária

A447a Almeida, Deybson Borba.

Avaliação da gestão de uma Unidade de Saúde da Família nas dimensões da integralidade / Deybson Borba de Almeida.- Salvador, 2010.

133 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Meira de Melo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010.

1. Gestão em saúde. 2. Saúde da família. 3. Família – Programas de saúde. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. II. Melo, Cristina Maria Meira de. III. Título.

CDU: 614

DEYBSON BORBA DE ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de março de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo _____
Doutora em Saúde Pública, professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Ângela Alves do Nascimento _____
Doutora em Saúde Pública, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa _____
Doutora em Administração Pública, professora da Universidade Federal da Bahia

À

Minha mãe, por ter me ensinado a ser inteiro nas coisas que faço.

Minha avó, por ter me criado com tanto amor e cuidado.

E ao amor da minha vida, pelo apoio e compreensão nos momentos de dificuldade.

AGRADECIMENTOS

São tantos e tão especiais....

À Deus por ter me concedido do dom da vida, a dádiva de conquistar sempre as coisas que busco e a capacidade de vencer os obstáculos.

À Nossa Senhora da Conceição, Senhora da minha vida, nasci nas mãos dela, vivo nas mãos dela e vou morrer nas mãos dela.

À Nossa Senhora da Vitória, santa padroeira do meu mestrado.

À Oxum e Xangô orixás, seres mágicos e de força na minha vida.

À todos os espíritos de luz, Bezerra de Menezes em especial, por ter me ensinado o caminho da vida, das coisas que preciso aprender e que tudo serve só para o bem.

À toda a minha família: Márcio, Rosana, Fábio, Raimundo, Nilza, Thaynara, Beatriz, Gal, Lucinha, Marluce, Raulinda, primos, primas, tios, tias pela ajuda nos momentos em que precisei.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Meira de Melo, pessoa com quem aprendi muito, coisas objetivas e de ordem subjetiva. Parceira, mulher guerreira de força e sinceridade.

À professora Dr.^a Heloniza Costa. Pela docilidade de ensinar, pelo olhar amoroso. Um agradecimento especial pelos ensinamentos, sugestões e comentários.

À professora Dr.^a Norma Fagundes. Pessoa que me ajudou a chegar até aqui, acreditou no meu sonho e me incentivou a fazer a seleção para o mestrado.

À professora Dr.^a Maria Ângela do Nascimento. Minha eterna professora, por ter me iniciado na pesquisa em enfermagem.

À professora Dr.^a Mirian Paiva, pelas orientações, atenção e respeito destinado a mim e pela coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUFBA .

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUFBA. A nossa convivência acadêmica foi fundamental para o meu crescimento como pesquisador.

Ao funcionário da EEUFBA, Ivanilton Moreira, pela constante atenção.

À Silvone Santa Bárbara pela atenção, ombro amigo oferecido nos momentos de desespero e orientações, serei grato eternamente a ti.

A Gesilda Lessa, ex-Diretora da Escola Estadual de Saúde Pública, pela ajuda e compreensão, estou certo de que o bem sempre retorna.

À Gracia Brandão, pessoa iluminada, pela ajuda e aconselhamento.

À Paulo de Tarso Abrahão, Coordenador Estadual das Urgências, pela compreensão e ajuda, muito obrigado meu amigo.

Aos usuários da Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela, um dos motivos da minha dissertação.

À todos os meus amigos e companheiros de caminhada: Ana Paula Vidal, Paula Campos, Paulo Almeida, Gal Campos, Lilia Pinheiro, Jorge Paracampos, Conceição Sanches, Ester Aida, Lilia Atahyde, Andréa, Vanuza Lima, Agize Tanure, Ronaldo Acácio, Sandra Ely, Maricélia, Edlan, Robson, Virgínia Sumaia, Sandra, Geilza, Fabiana, Cristina Campos, Lilia Athayde, Jucileide Nascimento, Heleni Ávila, Andréa Sacramento, Lélia Sobrinho e Leila Medeiros.

À Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, na pessoa de Daniele Fontoura Câmara de Almeida, da Coordenadoria de Recursos Humanos e Silvia Pimentel, coordenadora do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, pela permissão em realizar esta investigação.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, pela oportunidade de dar continuidade ao mestrado.

Aos professores da Universidade Estadual de Feira de Santana, pela compreensão e apoio.

Aos entrevistados pela relevante participação neste trabalho. Essa oportunidade de refletir sobre a prática da gestão na atenção nos torna mais responsáveis na implementação de uma prática mais democrática e participativa.

O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado [...]. E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo (MORIN, 2003, p.30).

RESUMO

ALMEIDA, Deybson Borba de. **Avaliação da gestão de uma unidade de Saúde da família nas dimensões da Integralidade**. 133 f. il. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

Esta investigação tem como objetivo: avaliar a gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. A gestão foi estudada com base nas dimensões da integralidade proposta por Mattos. Assim, distinguem-se: dimensão das políticas específicas, dimensão da organização de serviços e de práticas de Saúde e a dimensão das práticas profissionais. A pesquisa procura responder ao pressuposto de que a gestão de serviços na atenção básica se distancia significativamente do princípio da integralidade, tendo como questão norteadora do estudo: como se processa a gestão na rede básica de saúde nas dimensões da integralidade? Outras questões serviram para impulsionar o estudo: Neste sentido, em que medida a gestão na atenção básica de saúde considera o usuário destes serviços? A prática gestora na atenção básica valoriza o cuidado? Estabelece espaços de escuta entre os trabalhadores e usuários no sentido de compartilhar o poder decisório? Quais instrumentos de gestão os gestores utilizam para efetivar a integralidade no Sistema Único de Saúde? A opção de localizar o estudo empírico no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário foi baseada nos seguintes critérios: o Subúrbio Ferroviário dispõe dos piores indicadores econômicos, sanitários e sociais do município, além de ser a maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Quanto aos critérios do caso foram: ser uma unidade de Saúde da família, ser a unidade com maior tempo de funcionamento, possuir no mínimo uma equipe completa de Saúde da família e possuir gerente com o tempo mínimo de 1 ano de exercício da função gerencial. Para tanto, a metodologia apoiou-se numa abordagem avaliativa e qualitativa, através de estudo de caso, com as técnicas de entrevista semi-estruturada e análise documental. Sendo que para análise de dados utilizou-se o método de análise de conteúdo com a técnica de análise temática. Como resultados destacam-se: na dimensão das políticas específicas observou-se que as ações prioritárias da unidade são os programas verticais do ministério, na dimensão da organização dos serviços constatou-se que não é utilizado o planejamento, monitoramento e a avaliação como instrumentos da prática gestora a fim de organizar os serviços de modo a atender as necessidades em saúde da população, na dimensão da organização das práticas verificou-se que está não sofre alteração com relação ao das unidades básicas tradicionais, já na dimensão das práticas profissionais observou-se que as práticas coletivas estão centradas no agente comunitário e que o atendimento clínico fica centrado nos profissionais de nível superior. Quanto à prática de gestão constatou-se que tem como objetivo central manter e ordenar o funcionamento dos serviços, ficando restrita a atribuições básicas da administração: ações de controle, supervisão e provisão de insumos para os serviços, ressaltando o caráter normativo, centrada em um modelo taylorista-fordista, com característica punitiva e autocrática, pouca autonomia focada na captura e alienação dos sujeitos sociais, não possuindo espaços de acolhimento, diálogo, escuta, participação social.

Palavras-chave: gestão de unidade de Saúde da Família, gerência de serviços de Saúde, integralidade.

ABSTRACT

ALMEIDA, Deybson Borba de. Evaluation of management in primary health dimensions of Completeness. 133 f il. 2010. Thesis (MA) - School of Nursing, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

This research aims to evaluate the management in basic attention in the dimensions of integrity. The management has been studied based on the dimensions of the entire proposed by Mattos. Thus, there are a difference by size of specific policies, size of service organization and practices of health and size of professional practices. The research responds to the assumption that the management of services in basic attention departs significantly from the principle of integrity, with the study's guiding question: how is the management in the basic health dimensions of integrity? Other issues have served to boost the study like the extent to which management in basic attention considers the User of these services? The practice management in basic attention values the care? Establishes listening spaces between workers and users to share the decision-making? What management tools managers use to effect the entire Health System? The option of locating the empirical study in the Sanitary District of Suburban Railway was based on the following criteria of the Suburban Rail has the worst economic indicators, health and social council, in addition to being the greatest coverage of the Health Strategy family. Considering the criteria case were a Health Unit of the family, be with the highest uptime, have at least one full team of Family Health and the manager have at least 1 year of exercise of the managerial function. Therefore, the case study was relied on a qualitative approach to assess with the techniques of semi-structured interviews and document analysis. Since for data analysis used the method of content analysis with the technique of thematic analysis. The present results show that the specific policies it was noted that the priority actions of the unit are the vertical programs of the ministry, in relation of service organization found that it is not used for planning, monitoring and evaluation like tools of practice management in order to organize services to meet the health needs of the population, in relation of the organization of the practices found that is not changed with respect to the basic units of traditional, as in relation of the professional practices observed that the collective are focused on police community and the clinical care is focused on the high level professional. The management practice it was found that was aimed at maintaining order and running of services but is limited to basic tasks of administration as actions to control, supervision and provision of inputs for services, highlighting the normative, focusing on a Taylor-Ford model, with characteristic punitive and autocratic, little autonomy focused on capturing and transfer of social subjects, having no space for reception, dialogue, listening, social participation.

Keywords: basic health attention management, health management services, integrity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Relação dos trabalhadores da USF-caso e seus respectivos vínculos trabalhistas, 2009.	47
Quadro 2	Número de participantes do estudo segundo grupo de informantes, Salvador, 2009.	48
Quadro 3	Matriz de indicadores	49
Quadro 4	Modelo lógico da Atenção Básica à Saúde com foco na gestão segundo a Política Nacional da Atenção Básica e a organização administrativa do Sistema de Único de Saúde de Salvador-Bahia.	51
Quadro 5	Ações prioritárias na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	57
Quadro 6	Matriz dos documentos analisados da USF, Salvador, no período de dezembro de 2008 à dezembro de 2009.	63
Quadro 7	Modo de planejamento adotado na USF, Salvador, Bahia, 2009.	66
Quadro 8	Modo de monitoramento das ações de saúde na USF, Salvador, Bahia, 2009.	69
Quadro 9	Avaliação das ações de saúde na USF, Salvador, Bahia, 2009.	73
Quadro 10	Implantação dos serviços na USF, Salvador, Bahia, 2009.	75
Quadro 11	Participação social na USF, Salvador, Bahia, 2009	77
Quadro 12	Iniciativas do gerente, profissionais de saúde e usuários em atividades na USF, Salvador, Bahia, 2009.	79
Quadro 13	Iniciativas do gerente, dos profissionais de saúde e usuários para o funcionamento da USF, Salvador, Bahia, 2009.	81
Quadro 14	A organização das práticas de saúde na USF, Salvador, Bahia, 2009.	83
Quadro 15	O acolhimento aos usuários na USF, Salvador, Bahia, 2009.	88
Quadro 16	As atividades educativas na USF, Salvador, Bahia, 2009.	90
Quadro 17	As visitas domiciliares na USF, Salvador, Bahia, 2009.	92
Quadro 18	O encaminhamento dos usuários da USF a outros serviços de Saúde, Salvador, Bahia, 2009.	95
Quadro 19	A gestão da USF em prol do funcionamento dos serviços de Saúde, Salvador, Bahia, 2009.	99
Quadro 20	Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	100
Quadro 21	Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	103
Quadro 22	Produção de dados de saúde na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	104
Quadro 23	Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	105
Quadro 24	Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	107
Quadro 25	Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLS	Conselho Local de Saúde
Conep	Conselho Nacional de Pesquisa
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DS	Distrito Sanitário
DSSF	Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Nasf	Núcleo de apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional Assistencial a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
Proesf	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RMS	Região Metropolitana de Salvador
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretária Municipal da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Ufba	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	20
2.1	A ATENÇÃO BÁSICA NO SUS	24
2.2	A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	28
2.3	A GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NA INTEGRALIDADE	33
3	METODOLOGIA	39
3.1	PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	41
3.2	O CENÁRIO DA PESQUISA	42
3.3	SELEÇÃO DA AMOSTRA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	47
3.4	DESENHO DA ANÁLISE	52
3.5	LIÇÕES APRENDIDAS	54
4	AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS ESPECÍFICAS ATRAVÉS DAS AÇÕES PRIORITÁRIAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	57
5	AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	62
5.1	O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA E SUA INTERFERÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SAÚDE	63
5.2	O MODO DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	65
5.3	O MODO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	69
5.4	O MODO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	72
5.5	O DETERMINANTE NA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	75
5.6	A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	76
5.7	A ORGANIZAÇÃO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	82
6	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	87
7	AVALIAÇÃO DA GESTÃO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	98
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112

REFERÊNCIAS
APÊNDICES

118
128

ANEXOS

132

1 INTRODUÇÃO

Para Merhy e Onocko (2007), a partir da Constituição Federal de 1988 a rede básica de serviços de saúde destaca-se como um território estratégico de intervenção para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), por se constituir no espaço para a unificação do modelo de atenção e de implementação dos seus princípios como os da universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Conh (2009, p.15) corrobora com esta assertiva ao afirmar que a atenção básica representa uma alternativa de reorganização dos serviços e práticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que procura alterar o modelo de atenção à saúde liberal-privatista, hegemônico no país, centrado na doença, na assistência médico-hospitalar individual, excludente, seletiva e focalizadora.

O campo das ações da atenção básica, na maioria dos municípios brasileiros, encontra-se desestruturado, predominando a lógica do modelo biomédico, centrado na fragmentação da atenção à saúde e com seu foco direcionado às práticas especializadas e de pronto-atendimento. Além disso, são significativos os problemas de infra-estrutura e de insuficiência de recursos materiais, que resultam na baixa eficiência, eficácia e efetividade desta esfera de atenção. (CAVALVANTI, 2004)

Mesmo com a expansão da rede de serviços de atenção básica através do Programa de Saúde da Família (PSF), que atualmente cobre 70% da população brasileira, com os objetivos de organizar o acesso ao sistema de saúde e fortalecer o modelo de atenção de vigilância da saúde, Marques e Mendes (2003) afirmam que esta esfera de atenção é marcada por precariedade e fragilidade estrutural, tanto de instalações e capacidade física quanto de recursos humanos e técnicos. Assim, os problemas e desafios da atenção básica se expressam em diversas ordens: política, organizacional, técnica e administrativa.

Na minha experiência profissional pude também vivenciar esta falta de estrutura da Atenção Básica de Saúde (ABS); as precárias condições de trabalho existentes em unidades básicas de saúde (UBS); a reprodução do modelo de atenção privatista, focalizador, excludente, hospitalocêntrico e centrado na queixa-conduta. Nesse contexto, também pude constatar a importância da gestão, que atua como eixo do sistema de saúde, e cujas bases e práticas tornam-se uma possibilidade para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Baseando-se em Rezende (2007) e Campos (2000), a prática gestora se caracteriza por um modelo de gestão centralizado, frequentemente autocrático, com base nos

pressupostos da Administração Científica proposta por Taylor e Fayol, cujos resultados levam a um descrédito da atenção básica de saúde, gerando um impacto significativo na sua organização.

Para Merhy e Onocko (2007), a prática gestora em saúde está direcionada para a captura de sujeitos e não para a constituição de sujeitos autônomos, com poder decisório e que possam compartilhar o processo de gestão. Esta análise pressupõe, como hegemônico no campo da saúde, um modelo de gestão autocrático, centrado na figura do gestor, com controle social regulado, modelo este que dialoga com o modo de atenção a saúde liberal-privatista, cujo sujeito central é o médico, cuja prática controla o processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, as práticas de saúde na atenção básica ainda reproduzem de forma hegemônica o modelo biomédico de atenção à saúde, direcionado pela queixa-conduta, e polarizado entre o conhecimento da clínica e da epidemiologia. Tais práticas são reconhecidas socialmente como práticas simplificadas, resultando em uma medicina pobre para pessoas pobres, de baixo custo e com baixa resolutividade. (FEUERWERKER, 2005)

Neste sentido, entende-se que o processo de gestão é um elemento indutor na organização dos serviços e das práticas de saúde. Segundo Schraiber et al. (1999) o processo de gestão se expressa em uma prática de grande complexidade, o que implica, por um lado, em garantir a universalidade, equidade, participação popular e integralidade na atenção à saúde, e do outro lado, encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que são produzidas.

Em particular, esta autora destaca que a gestão é um espaço estratégico para a implementação de políticas de saúde, pois o papel do gestor faz interface com todos os sujeitos sociais que produzem ações e serviços de saúde, interferindo, efetivamente, na forma como se organiza os serviços e as práticas de saúde e no modo de produção das práticas sociais.

Ainda nesta direção e partindo para uma perspectiva conceitual, Paim (2002) afirma que a gestão é a combinação ótima de recursos que garanta a prestação de serviços com qualidade, visando oferecer produtos que sejam eficientes, efetivos e eficazes. Já Campos (1992), destaca que a gestão é um espaço importante para efetivar as políticas de saúde, por ser, ao mesmo tempo, condicionante e condicionada pelo modo como se organiza os serviços de saúde e as práticas aí implementadas.

Desta forma, a gestão da atenção básica de saúde pode ser vista como um núcleo estratégico de intervenção para a mudança tanto no modo de produção das ações de saúde,

como na forma de organização de serviços e de práticas, pois faz interface com todos os sujeitos e organizações implicadas no processo saúde-doença.

Conforme Paim (2008, p.52) pode-se afirmar que a gestão da atenção básica de saúde pode ser entendida como uma forma de se relacionar os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços demográficos delimitados com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema.

Destaca-se na concepção acima a articulação da gestão na atenção básica de saúde com o princípio da integralidade, colocando-se como principal papel da gestão o de dar resposta às necessidades em saúde da população brasileira, através da utilização de ferramentas e estratégias voltadas para mudança.

No que se refere ao princípio da integralidade, neste estudo ele é assumido numa perspectiva operacional, como uma demanda para a gestão dos serviços e uma renovação das práticas de saúde que valorizam o cuidado, e que considera o usuário como o sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. (PINHEIRO, 2006)

Neste sentido, em que medida a gestão na atenção básica de saúde considera o usuário deste serviço? A gestão na ABS utiliza que instrumentos e estratégias para intervir e acompanhar os problemas locais? A gestão estabelece espaços de escuta entre os trabalhadores e usuários no sentido de compartilhar o poder decisório?

Entende-se que a integralidade se expressa na gestão dos serviços de saúde através dos processos participativos e de compartilhamento do poder decisório, pois só através dos mesmos é que se identificam demandas, estratégias e ferramentas para organizar os serviços de saúde e atender às necessidades de saúde da população.

Em síntese, a gestão pode ser considerada elemento indutor do sistema de saúde e, ao se aproximar do princípio da integralidade, aproximar-se-á, por sua vez, da formulação e implantação de políticas específicas, da organização dos serviços e das práticas e das práticas de saúde, interferindo no modelo de atenção à saúde vigente.

Nesta direção, para Mattos (2004) a integralidade pode ser compreendida através de três grandes dimensões: a primeira, das políticas de saúde, a segunda diz respeito à organização dos serviços e organização das práticas de saúde e a terceira se relaciona às práticas dos profissionais de saúde, sendo que esta pesquisa se baseia neste desenho para avaliar a gestão na atenção básica de saúde.

Este estudo toma como conceito operacional da integralidade na gestão em saúde a que se expressa através da gestão participativa e estratégica, utilizando espaços de escuta dos diversos sujeitos que se inserem na atenção básica, compartilhando o poder decisório e organizando serviços e práticas através do uso de ferramentas e estratégias de gestão democráticas e criativas, que valorizem o cuidado e responda às necessidades dos usuários.

Percebe-se a relevância do estudo avaliativo proposto na medida em que constatarmos a problemática da situação atual da atenção básica em saúde no Brasil. Segundo Bodstein (2002), a rede básica de serviços de saúde deve concentrar 85% dos problemas de saúde da população e aglutinar ações e adesões políticas que permitam a consolidação dos princípios do SUS. Nesta direção, fica claro que a ABS pode contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde, o que amplia a importância de se estudar a gestão neste campo de atenção. A pesquisa avaliativa proposta pretende contribuir com as mudanças necessárias na gestão dos serviços de saúde, em particular na gestão das unidades de atenção básica no SUS.

Por outro lado, os poucos estudos avaliativos no campo da atenção básica, dos quais destacamos o de Felisberto (2004), Almeida e Macinko (2006), Facchini et al. (2008), e a quase inexistência de estudos avaliativos sobre a gestão na ABS agrega relevância a este estudo, dado que é preciso identificar os fatores locais que impedem ou dificultam a construção do SUS.

Vale destacar que a partir de levantamento bibliográfico de oitocentos e cinquenta e quatro (854) trabalhos de dissertação e teses de doutorado catalogadas pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, foram encontrados seis trabalhos sobre a gestão no SUS, e dentre eles nenhum estudo avaliativo da gestão na atenção básica.

Já em levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde encontrou-se cento e setenta e seis (176) trabalhos sobre a gestão na atenção básica, sendo que seis destes trabalhos discutiam a gestão na ABS, e nenhum estudo avaliava a gestão com foco na integralidade.

Por fim, ressaltamos que a pesquisa avaliará a gestão da ABS nas dimensões da integralidade, e que segundo Melo et al. (2009) assumir uma avaliação na rede básica de serviços com foco no princípio da integralidade permite, a partir da escolha de um princípio polissêmico, avaliar de forma extensiva e transversal a gestão da rede básica do SUS.

Compreende-se que a avaliação da gestão na rede básica de saúde, com foco na integralidade, tem interface com outros princípios do SUS, pois se a rede básica de serviços atende ao princípio da integralidade, de algum modo também atenderá ao princípio da universalidade, equidade e participação social.

Outro destaque importante é de que o modo de gestão dos serviços de saúde interfere e tem interface com o modelo de atenção. Neste sentido, pode-se afirmar que se as práticas de gestão no SUS são baseadas no modelo de Administração Científica, as práticas de atenção à saúde dificilmente expressarão os princípios da integralidade, participação popular, universalidade e equidade.

Portanto, a relevância deste estudo revela-se também na possibilidade de repensar as políticas específicas, a organização dos serviços e de práticas de saúde e as práticas profissionais na atenção básica através da avaliação da gestão, com o objetivo maior de construir rotas para a consolidação do SUS.

Aliado a isto, agrega-se a minha aproximação com a ABS. Esta ocorre, num primeiro momento, como enfermeiro do Programa de saúde da família, quando vivenciei os problemas do sistema de saúde na perspectiva local. Após ter feito um curso de especialização em Saúde Coletiva, passei a atuar no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, como coordenador, o que me permitiu identificar as dificuldades cotidianas de gerir a rede básica de serviços de saúde, ao tempo em que compreendi a relevância dos processos de gestão para a consolidação do SUS. A minha atuação no campo da ABS, associada com o trabalho que realizei como professor substituto na Universidade Estadual de Feira de Santana, como docente da disciplina Gerência em Serviços de Saúde e Enfermagem me permitiu aproximações teóricas com o campo da gestão em saúde e, ao mesmo tempo, me possibilitou identificar lacunas na produção do conhecimento que possam contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão, dado que estas são relevantes para a consolidação do SUS.

Além disso, o objeto desta dissertação faz parte do projeto de pesquisa cujo título é Avaliação das Práticas de Saúde na Atenção Básica à Criança com foco na Integralidade (MELO et al., 2009), coordenado pela orientadora desta dissertação.

Como um recorte do estudo maior, o objeto de investigação limitou-se à gestão de unidade básica de saúde nas dimensões da integralidade. Assim definiu-se como questão norteadora da pesquisa: como se processa a gestão de unidade básica de saúde nas dimensões da integralidade?

Como pressuposto, assume-se que a gestão de serviços na atenção básica se distancia significativamente do princípio da integralidade na medida em que:

- No campo das políticas, a gestão de serviços na AB apresenta um alto grau de normatividade na sua implementação, regulamentadas pelo Ministério da Saúde. Seguidas pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas

orientações ministeriais, ficarem de fora do sistema de financiamento (FRANCO; MERHY, 1999, p.6).

- No campo da organização dos serviços e de práticas, conforme Feuerwerker (2005), Texeira e Solla (2006), Campos (2006) e Gil (2006) a gestão se reflete em uma organização de serviços de saúde com isolamento das unidades básicas de saúde; falta de articulação com serviços de média e alta complexidade; hierarquização burocrática e excludente dos serviços de saúde; insuficiência de recursos financeiros e materiais para a manutenção dos serviços e condições precárias de trabalho.
- Já com relação ao campo das práticas dos profissionais de saúde na atenção básica, em especial no programa de saúde da família, conforme estudo de Giovanella et al. (2007), pode-se afirmar que ainda persistem as práticas tradicionais, centradas no modelo biomédico e de baixa resolutividade, com a fragmentação da atenção aos usuários direcionada para partes do organismo humano. A falta de articulação da clínica com as atividades coletivas, além da existência de demanda reprimida, já que a programação das atividades na estratégia de saúde da família se limita aos programas específicos recomendados pelo Ministério da Saúde.
- E, em especial, no que tange a prática de gestão, conforme os estudos de Schraiber et al. (1999), Ferreira (2004), Ramires, Laurenção e Santos (2004) e Campos (2006), esta se caracteriza pelos seguintes limites: gestão centrada no modelo taylorista e na burocratização do processo de gerenciamento do trabalho exemplificado pelo grande número de formulários e planilhas dos programas verticais do Ministério da Saúde. Além disto, identifica-se uma baixa capacidade gerencial, falta de profissionalização dos gestores, uso das ferramentas de gestão numa perspectiva normativa e incipiente ou inexistente controle social.

Diante do exposto, adota-se como objetivo geral da pesquisa avaliar a gestão de unidade básica de saúde nas dimensões da integralidade.

2 A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Para Silva e Formigli (1994, p.85):

[...] a temática da avaliação ganha relevância, por um lado está associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários e, por outro, diante da verificação das dificuldades encontradas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbi-mortalidade. [...]

Do ponto de vista histórico, a avaliação é inserida na ABS a partir de 1998 através do Manual para Organização da Atenção Básica, que destaca a avaliação como uma responsabilidade da gestão e a importância do desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação nesta esfera de atenção. (BRASIL, 1998)

Posteriormente, a avaliação é estimulada através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), com vistas à construção de redes assistenciais na atenção básica, eficazes e resolutivas, coesas com os níveis de atenção mais complexos, promovendo o desenvolvimento de mecanismos que visem à garantia da qualidade da atenção.

A partir do Pacto pela Vida, que é um compromisso entre gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impactos sobre a situação de saúde da população brasileira, há um fortalecimento da atenção básica com a implantação do seu processo de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada (BRASIL, 2006a).

Nesta direção, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), (BRASIL, 2006b), estabelece como um dos fundamentos da atenção básica a avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação efetivados através da participação popular e de uma prática gestora participativa e democrática.

No entanto, segundo Felisberto (2004), a avaliação e o monitoramento na atenção básica inserem-se num contexto qualificado como incipiente, pouco incorporados à prática dos serviços e do sistema, assumindo um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. A avaliação, mesmo incorporada às diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), no cotidiano das unidades básicas de saúde se dá de forma não sistemática e esporádica, focada na produção dos serviços, no quantitativo de recursos materiais e de pessoal para atender às

demandas induzidas pelos âmbitos hierarquicamente superiores do SUS, e sem articulação com o diagnóstico das necessidades em saúde da população brasileira.

Na minha vivência, como coordenador do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, pude constatar este caráter normativo da avaliação. Os dados de produção das equipes de saúde da família eram registrados por um profissional de nível superior e entregues ao auxiliar administrativo para digitação e encaminhamento para a Secretaria Municipal da Saúde. Ressalto que existiam momentos avaliativos feitos por trabalhadores isoladamente e de forma assistemática, porém os dados não eram avaliados nem monitorados sistematicamente pelos trabalhadores e gerentes das unidades básicas, e muito menos com algum envolvimento da representação dos usuários. Tais dados, portanto, não geravam reflexões nem ações para enfrentamento dos problemas de saúde do território de referência do próprio distrito sanitário ou da unidade básica de saúde.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde destaca que são importantes as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção, sendo essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados dessas ações (BRASIL, 2003a).

Numa perspectiva conceitual a avaliação é um termo polissêmico. Neste estudo adota-se a definição de Contandriopoulos (2002), que afirma que a avaliação é uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Já no campo da pesquisa, a avaliação é considerada como técnica e estratégia investigativa, sendo um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, serviço, proposta ou programa. Segundo Penna Firme (2003), para que isso ocorra destacam-se quatro critérios: (a) a dimensão de utilidade, pois jamais se deve empreender uma avaliação inútil, (b) a dimensão da viabilidade do ponto de vista político, prático e de custo benefício, (c) a dimensão ética que ressalta o respeito aos valores dos interessados e (d) a dimensão da precisão técnica.

Acrescenta Hartz e Silva (2005), ao afirmarem a avaliação como um julgamento, que esta pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno. A concepção ampliada

de avaliação desdobra-se na proposição de superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas *versus* quantitativas, sob o argumento de que no processo de investigação é importante a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo.

Estas abordagens se complementam e potencializam a validade e confiabilidade do estudo investigativo, além de representar a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, de diferentes sujeitos sobre um mesmo objeto e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados para a obtenção de análises mais amplas, no sentido teórico-metodológico.

Já no campo dos serviços de saúde, Tanaka e Melo (2001) reafirmam o sentido da avaliação como um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Acrescentam estes autores que, no âmbito dos programas e serviços de saúde, a avaliação é compreendida como estratégia técnico-administrativa destinada à tomada de decisão, numa aproximação entre a definição de avaliação como instrumento de gestão.

No que tange a avaliação e monitoramento de serviços e programas na ABS, entende-se que eles são instrumentos importantes para tomada de decisão participativa e de controle social, que podem fortalecer o espaço dialógico da gestão e possibilitam uma maior qualidade aos serviços de saúde, além de aproximarem os serviços e práticas de saúde do conceito da integralidade.

No entanto, destaca-se a diferença conceitual entre a avaliação e o monitoramento, sendo o último entendido como

processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores e da execução das ações do programa, visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução problemas e a correção de rumos. (BRASIL, 2006c, p.18)

Na atenção básica, tanto o monitoramento quanto a avaliação projetam possibilidades para os serviços de saúde, tais como: identificar estratégias de intervenção, definição de prioridades e a necessidade de reorientação das práticas e da organização dos serviços de saúde, além de dar significado ao trabalho, e com isso pode implicar os sujeitos sociais na implementação e construção de projetos coletivos.

Quanto aos vários modelos de avaliação, não é objetivo deste estudo discuti-los. Dentre estes, cita-se os de Hartz (1997) que define dois modelos da avaliação em saúde: avaliação normativa e pesquisa avaliativa e seus subtipos ou perspectivas de análise.

Acrescenta Novaes (2000), para a discussão de modelos de avaliação, que há a possibilidade do emprego de três tipologias para avaliação de serviços de saúde: a investigação avaliativa, a avaliação para a decisão e a avaliação para a gestão. Esses tipos de avaliação diferem entre si quanto ao objetivo, à posição do avaliador, ao objeto avaliado, à metodologia adequada, ao contexto, à utilização da informação e ao juízo formulado em relação à temporalidade.

Entende-se que a tipologia da avaliação para decisão e para gestão se conforma em um tipo de avaliação exemplificada na avaliação como tecnologia de gestão da atenção básica, que deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades e programas. Por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e execução de tais ações. O processo avaliativo, portanto, deve ser horizontal na produção da saúde, a fim de que possa catalisar propostas dinâmicas para o cotidiano dos serviços.

Da necessidade de construir propostas e projetos dinâmicos ou planos de intervenção que impactem nas dificuldades encontradas na rede de serviços da ABS e que potencializem as facilidades para melhoria desta rede, identifica-se a incorporação da avaliação à gestão dos serviços de saúde a fim de conferir maior resolutividade a ABS.

Esta avaliação dos serviços de saúde pode abranger dados colhidos através das práticas profissionais, registrados rotineiramente no Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), ou de outros dados estatísticos que sejam transversais nas questões de saúde de uma população como os dados sócio-demográficos que podem possibilitar o direcionamento das ações no âmbito político, organizacional e das práticas de saúde para consonância dos princípios do SUS.

Defendo que a possibilidade do uso de dados que direcionem a avaliação nos serviços de saúde está vinculada não só a dados quantitativos, mas também aos dados qualitativos, nas falas dos usuários, profissionais de saúde que muitas vezes aponta caminhos para organização dos serviços e de práticas de saúde.

A institucionalização da avaliação na atenção básica inicia-se com o uso destes dados/informações, com o objetivo de gerar opções para o enfrentamento dos problemas dos serviços de saúde. Porém, na realidade a avaliação ainda está centrada na produtividade dos serviços. Para Hartz (2002), institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional, no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação, articulando necessariamente as atividades analíticas às de gestão.

Por outro lado, a avaliação inserida no contexto das organizações de saúde, que compreende um componente estratégico, é vista como complexa devido às diversas lógicas adotadas no momento da avaliação para a tomada de decisão. Para Contandriopoulos (2006), existem quatro lógicas: a democrática, que é para o bem comum; a lógica tecnocrata, que abrange os custos; a lógica econômica, que representa as leis de mercado e a lógica profissional, que é formulada com base no saber técnico.

O mesmo autor considera que estas lógicas não são intercambiáveis, e que os resultados das avaliações que satisfazem às expectativas de uns não serão compatíveis com as expectativas de outros. Portanto, entende-se que todo processo de articulação e negociação que envolve a avaliação na gestão assume intencionalidades, que estão vinculadas aos interesses individuais ou grupais dos sujeitos, e que isto produz tensão sobre o processo de avaliação. No entanto, na avaliação de serviços públicos de saúde a lógica principal é a democrática, pois esta representa o bem comum e o direcionamento das ações produzidas aos princípios do SUS.

Dessa forma, está colocado o desafio para institucionalizar a avaliação como espaço democrático e estratégico na ABS, utilizando as informações geradas pelas práticas de saúde, que atualmente não são reconhecidas como possibilidade de melhoria dos serviços, e das normas e protocolos ministeriais que orientam a avaliação. Deste modo, considera-se importante o desenvolvimento de pesquisa avaliativas na ABS e a disseminação dos seus resultados como um dos modos de contribuir para a assunção da avaliação pelo sistema e serviços de saúde.

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

A Reforma Sanitária brasileira se constituiu num movimento social que surgiu na segunda metade da década de 1970 e se caracterizou por denunciar os problemas do setor saúde e por apresentar propostas alternativas que implicavam num projeto de transformação do sistema de saúde vigente (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Este movimento social estabelecia um conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a promoção da justiça social através da universalização, equidade, integralidade e do controle social além de princípios organizativos como descentralização, regionalização e a hierarquização do sistema de saúde.

Neste sentido a Reforma Sanitária impulsionou, nos anos de 1980, uma ampla mobilização da sociedade, de forma pluralista e suprapartidária, na luta pelo direito à saúde. Como movimento de reformas introduzindo um comportamento distributivo ao afirmar uma agenda de democratização social e econômica, sincrônica à democratização política (RODRIGUEZ NETO, 1994).

O movimento da Reforma Sanitária propunha a construção de uma rede de serviços de saúde com reformulação da lógica assistencial, privilegiando a universalização da assistência, a integralidade das ações de saúde e a democratização da gestão, contrapondo-se ao modelo de assistência hegemônico e disseminado pelo ministério da Previdência e Assistência Social.

Este movimento culminou com a formatação do arcabouço estrutural do sistema de saúde brasileiro, que é composto de três esferas de atenção à saúde, dentre estas: a da Atenção Básica, que abrange a rede de unidades básicas; a Atenção Secundária, responsável por serviços de média e alta complexidade e a Atenção Terciária, que abrange serviços de reabilitação da saúde.

Destas esferas de atenção, o Ministério da Saúde caracteriza a atenção básica, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A atenção básica é desenvolvida pela operação de práticas gestoras e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelos quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006b)

Outro ponto que vale destacar nesta esfera de atenção é a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. Além disso, incorporou os princípios do SUS, visando romper com a noção de uma atenção de baixo custo e simplificada (GIOVANELLA et. al., 2007).

Destas assertivas emergem alguns questionamentos, dentre estes destaca-se: a atenção básica é desenvolvida por meio de práticas gestoras participativas e democráticas? As práticas de saúde no PSF rompem com a lógica biologicista, excludente e focalizadora do modelo de gestão e atenção à saúde?

Ancorando-se em estudo de Vanderlei e Almeida (2007), eles revelam que a gestão no Programa de Saúde da Família está pautada num estilo gerencial tradicional, caracterizado por um núcleo burocrático duro, e como trabalhador no PSF observei que as práticas de gestão deste lugar estão direcionadas pela concepção taylorista e normativa de organização do processo de trabalho em saúde, que centra o poder de decisão no gestor e não proporciona o compartilhamento das decisões.

Quanto às práticas de saúde na atenção básica, estas devem abranger ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde neste âmbito de serviços. Segundo Assis (1998); Merhy e Onocko (2007), no Brasil não estão estruturadas as redes de serviços de saúde para o atendimento integral das necessidades de saúde da população. Depara-se com problemas básicos que interferem até mesmo no funcionamento dos serviços, como a insuficiência de insumos e equipamentos para o cuidado em saúde; déficit de profissionais de saúde, em especial o médico, além de uma oferta de serviços que reproduz o modelo de atenção à saúde com foco no indivíduo e na doença.

Segundo Paim (1999), apesar da relevância do Programa de Saúde da Família (PSF)/Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), faltam evidências que apontem tais programas como estratégias suficientes para reorientação dos modelos assistenciais dominantes. As experiências positivas verificadas em distintos municípios estão distantes, de alterar o SUS real e de transformar o sistema de saúde brasileiro.

Em contrapartida, a Política Nacional da Atenção Básica define como fundamentos da atenção neste âmbito, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, efetivar a integralidade, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a).

Também quando trabalhei como enfermeiro no PSF, rotineiramente tinha dificuldade em referenciar usuários a outros serviços de saúde por que não existia uma rede de referência e contra-referência, e a garantia de continuidade do atendimento numa esfera de atenção de maior agregação de tecnologia dura raramente era conseguida.

É fato que a política da atenção básica induziu uma reorganização da ABS através da inserção não só de novas estratégias e programas, com destaque para o programa de saúde

da família, como também do sistema de financiamento, a partir da indução de políticas e programas através dos recursos oriundos do piso de atenção básica (PAB). Porém, conforme Bodstein (2002), estas ações não consolidaram uma mudança efetiva e eficaz que resultassem na modificação da atenção básica frente ao atendimento dos princípios do SUS.

Nesta perspectiva, Campos (2006) afirma que os impasses colocados para que a ABS atinja a universalidade, integralidade e se consolide como eixo central da política de saúde estão mais na dependência de interesses privados, que sempre se interpuseram na luta pelo SUS no País, do que na capacidade técnica, política e administrativa dos gestores. No que se refere à capacidade técnica e administrativa, identifica-se nesses vinte anos de Sistema Único de Saúde a construção de um campo de conhecimento, com base em diversas experiências inovadoras, que podem conduzir às modificações na estrutura no sistema de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família.

Já no que se refere à capacidade política, consideramos que a rede básica de serviços de saúde precisa ser priorizada na esfera pública, pois absorve, conforme Bodstein (2002), 85% dos problemas de saúde, e deveria ter capacidade de resolvê-los, evitando o aparecimento ou agravamento de doenças, reduzindo os custos hospitalares com o tratamento e reabilitação.

Observa-se também no estudo de Malta e Santos (2003) que alguns aspectos reduzem a potência do PSF:

- O formato da ESF e a organização do processo de trabalho são únicos para todo o País e para todas as equipes;
- O processo de trabalho desconhece o atendimento à demanda espontânea;
- O traço normatizador do PSF no espaço familiar, tendo um perfil “higiênico” frente à população.
- Na implantação do PSF, adotou-se a institucionalização de uma nova modalidade de recursos humanos no SUS: a terceirização dos médicos, enfermeiras e agentes comunitários, em substituição aos funcionários concursados.

Neste contexto, é preciso priorizar a ABS através da organização da rede de serviços públicos com eficácia, eficiência e efetividade, o que dependerá da hegemonia de um novo modelo de atenção, representado em ações e serviços da atenção individual e coletiva, com foco na integralidade, voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população e de um novo modelo de gestão com ênfase estratégica, participativa e democrática. No entanto

é preciso entender que a consolidação do SUS não pode ser obtida mediante reformas internas ao sistema de saúde ou mesmo do setor saúde, ou sem uma ampla sustentação política mediante a mobilização da sociedade.

2.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DE PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

As formas de organização dos serviços e de práticas de saúde estão articuladas com os modelos de atenção em saúde, aos modos de produção da saúde e com o modelo de gestão em saúde que discutiremos posteriormente. Portanto, a organização e as práticas de saúde são determinadas por aspectos ideológicos, sociais, políticos e econômicos.

Numa perspectiva histórica, a organização dos serviços de saúde é determinada pela dicotomia entre a saúde pública e as práticas assistenciais, sendo, inicialmente, o Ministério da Saúde responsável pelos postos e programas de saúde pública e o Ministério da Previdência e Assistência Social responsável por práticas assistenciais. Esta forma de organizar os serviços está marcada pela lógica hospitalocêntrica, num modelo de atenção centrado na cura. (MATTOS, 2001)

Após a construção do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde, tem-se a junção da assistência médica com as práticas de saúde pública, agora direcionadas pelo ministério da Saúde. Porém, esta mudança não resultou na transformação efetiva das práticas de saúde coletiva e individual, na articulação da clínica com a epidemiologia e nem na substituição de programas definidos verticalmente por programas integrais de atenção em saúde.

Os usuários dos serviços de saúde no SUS têm, muitas vezes, que buscar vários profissionais de saúde a fim de ter suas necessidades atendidas. Essa fragmentação e/ou reducionismo das necessidades do usuário dos serviços de saúde representa um modelo técnico-assistencial centrado na doença e na especialização, característica do modelo técnico assistencial privatista, com alta eficiência econômica, portanto, centrado no lucro da produção de serviços de saúde.

Quanto ao aspecto conceitual pode-se definir que o modelo técnico-assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de saberes e práticas, bem como de projetos e ações sociais específicos, como estratégias políticas de um determinado agrupamento social (MERHY, 1997).

Nesta perspectiva, os modelos de atenção representam à forma como estão organizados os serviços de saúde e a maneira com que os trabalhadores se organizam para

produzir ações de saúde. Já Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) conceituam modelos assistenciais como combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individual e coletiva.

Neste estudo, entende-se que os modelos assistenciais estão retratados em três campos, dentre estes as políticas de saúde, a organização dos serviços e das práticas de saúde e das práticas profissionais. A organização de serviços e de práticas de saúde é condicionada por e condicionadora dos modelos assistenciais e dos modelos de gestão. Sendo que, no cotidiano, todos os modelos de atenção e gestão estão representados nas organizações de saúde, porém apenas um apresenta-se de maneira hegemônica.

Ainda num campo conceitual sobre modelos técnicos assistenciais, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) apresentam três tipologias, dentre estas: o modelo assistencial médico-privatista, como já foi citado acima, centrado no saber médico, privilegiando a especialização, o hospital, a clínica, a cura, sendo altamente lucrativo para os donos dos meios de produção, as organizações privadas de saúde.

Para Franco e Merhy (1999) os fundamentos desse modelo, são os seguintes:

- Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica, estímulo à especialização médica; baseado no relatório Flexner que mudou o currículo das escolas de medicina conduzindo a uma superespecialização da prática médica.
- Associado ao conhecimento especializado, interpõe-se uma crescente indústria de equipamentos biomédicos e farmacêuticos, que colocaram disponíveis no mercado da saúde inúmeros maquinários e medicamentos, elevando consideravelmente os custos com a assistência à saúde.
- “Procedimento-centrado”: um modelo onde o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários.

Entende-se que os serviços de atenção básica, neste modelo, não é uma prioridade, dado que os investimentos públicos são maiores nos serviços de média e alta complexidade do que nesta esfera de atenção. A atenção básica caracteriza-se, de forma distorcida, como o espaço destinado às camadas mais pobres da população, sem aparato tecnológico adequado para o enfrentamento dos problemas complexos com os quais lida o que resulta nas precárias condições de trabalho em saúde e na baixa resolutividade e credibilidade social deste tipo de serviço.

É este modelo que está representado, de forma hegemônica, na maneira como os serviços e práticas de saúde são organizados. Porém, no cenário brasileiro são identificados outros modelos de atenção, como o modelo assistencial sanitarista que privilegia o controle de agravos, baseia-se na noção do risco de adoecer ou morrer, apoiado no saber epidemiológico, nos modos de transmissão das doenças infecciosas e se organiza na forma de campanhas e programas especiais. É um modelo racionalizador e tem forte influência na maneira como os serviços de atenção básica estão organizados e são operados através dos programas definidos centralizadamente pelo ministério da Saúde. Estes programas são implantados muitas vezes sem uma coerência com as necessidades de saúde da comunidade adscrita.

Já o modelo assistencial do SUS tem como princípios: o reconhecimento da saúde como um direito de todos, a equidade e integralidade da assistência, a resolutividade, a intersetorialidade e a humanização no atendimento, e a participação popular na organização e gestão dos serviços e do sistema de saúde. Considera-se que este modelo é um dever do sistema de saúde brasileiro, tanto no que se refere aos serviços, como às práticas efetuadas neste espaço. (BRASIL, 1998)

Já o modelo de vigilância da saúde que, para Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) é um modelo alternativo do SUS, tem as seguintes características: tem como sujeito das ações a equipe de saúde; como objeto de intervenção a população, os danos, riscos e suas necessidades; como meios de trabalhos as tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional, tecnologias médico-sanitárias; como formas de organização as políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais, intervenções específicas e operações sobre problemas e grupos populacionais.

Nesta direção, o Programa de Saúde da Família representa uma possibilidade de construção da atenção básica, tendo em vista que tem a possibilidade de se conformar numa estratégia para reorganização do sistema de saúde, com caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência, formulando um novo processo de trabalho em equipe, centrado na família e no modelo alternativo do SUS de vigilância da saúde (AQUINO, 2002).

Os princípios gerais que orientam a PSF são: ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, atuar em território específico através do diagnóstico situacional, desenvolver planejamento e programação baseado nas necessidades da população adscrita, buscar integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania. (BRASIL, 2006c)

No entanto, Franco e Merhy (1999), em estudo sobre as contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial, destaca uma série de questões que implicam na baixa potência do PSF em reorientar o sistema de Saúde, dentre estas:

- ser um programa vertical, o que limita as possibilidades de modificações no seu formato original e o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde de outras propostas inovadoras, a fim de atender melhor as necessidades locais;
- formulado com um ideal racionalizador, determinado por valorizar a eficiência econômica na Saúde, voltada para idéia de discriminação positiva ou focalização;
- tem a territorialização e o vínculo como idéias nucleares na organização dos serviços e práticas de saúde, mas que não impactam em mudança no perfil dos serviços de saúde, pois a forma de produção e seu núcleo de trabalho são centrados na prática médica;
- o PSF desenvolve um trabalho quase que restritivamente centrado no território, tendo grande medida a normatização de programas que se inspiram em cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, definindo o processo de trabalho como centrado em atos de saúde de cunho basicamente “higienista”;
- não valoriza o conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo “as autonomias nos modos de se andar a vida”.

Ainda para os mesmos autores, o PSF está delimitado em terrenos de competência entre a equipe de saúde e a corporação médica. Da saúde coletiva se responsabilizam as equipes de saúde da família e da saúde individual se responsabilizam os médicos. E, nada é melhor para o projeto neoliberal privatista, do que isso: deixa-se um dos cenários de luta vitais para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica.

Nesta direção, o Programa de Saúde da Família, segundo Feuerwerker (2005), ainda não se consolidou num dispositivo capaz de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, pois apresenta problemas comuns às unidades básicas tradicionais, tais como: a restrição do acesso aos serviços e ações de saúde, a dificuldade de abranger as ações de vigilância em saúde, ambiental, sanitária e epidemiológica, ou ainda ações específicas de atenção a saúde mental, que são desenvolvidas de modo incipiente e a fragilidade do sistema de referência e contra-referência entre a atenção básica e a média e alta complexidade.

Para Cohn (2009), entre os grandes dilemas do PSF nas regiões metropolitanas destacam-se: a exclusão e a pobreza, a situação territorial e predial, a segregação social, a dificuldade de mobilidade e acesso no interior das grandes cidades, a violência urbana e a convivência de dois movimentos contraditórios: a vinculação do setor público aos interesses privados e corporativos e o financiamento.

Em contrapartida, o PSF é adotado de modo indiscriminado por muitos municípios brasileiros, tido como estratégia ideal para o atendimento às necessidades de saúde da população. Na minha vivência profissional, pude perceber que, apesar de toda uma caracterização física de algo novo, as práticas no PSF eram reproduzidas do mesmo modo como nas unidades básicas tradicionais, e com um agravante: a atenção era direcionada ao usuário cadastrado e a oferta de serviços de saúde era majoritariamente organizada.

Porém são reconhecidos os avanços desta estratégia que cobre 70% da população brasileira e esta expansão contribuiu para estruturação e consolidação do Sistema Único de Saúde, na medida em que para a sua implantação exigia, para assinatura de convênios, a existência do conselho municipal de saúde e de fundo municipal de saúde (COHN, 2009).

Outro modelo de atenção formulado é o em defesa da vida humana, que articula a clínica com a epidemiologia e tem como princípios o vínculo, o acolhimento e a responsabilização compartilhada entre equipe de saúde e população. Este modelo dialoga com o atendimento das necessidades de saúde dos usuários e coloca os gestores, usuários e trabalhadores como protagonistas do sistema de saúde.

Nesta direção, Malta e Santos (2003, p.255), destacam os princípios que a norteiam o modelo em defesa da vida humana:

A saúde com o direito de cidadania e a conseqüente reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde, de forma a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, buscando a identificação das necessidades que portam os usuários e a garantia de acesso ao serviço e recursos tecnológicos necessários; a gestão democrática e o controle social, garantindo-se o acesso à informação, e a atuação dos setores sociais nas definições dos rumos da política de saúde e na democratização das relações entre o Estado e sociedade.

Este modelo tem como diretriz operacional das práticas de saúde o vínculo e a responsabilização. Em especial, atribui à prática de gestão a importância do controle social, do planejamento estratégico-situacional, destaca a necessidade de uma caixa de ferramentas, de caráter flexível para a gestão, além de considerar a teoria da ação comunicativa para compreensão dos problemas organizacionais.

Portanto, tal modelo de atenção seria aquele que aproximaria a gestão da integralidade nas dimensões assumidas neste estudo. Além de permitir a organização dos serviços e práticas de saúde na atenção básica, aponta para a necessidade de direcionar a gestão dos serviços de saúde para a adoção de práticas participativas e democráticas, objetivando o atendimento das necessidades em saúde dos sujeitos locais.

2.3 A GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NA INTEGRALIDADE

O termo gerência, usado geralmente como sinônimo de administração, aparece no início do Capitalismo Industrial com o trabalho cooperativo. A concepção de planejamento e controle passam a constituir atividades distintas da execução das ações. Portanto, quem executa não é quem planeja e controla. Nesse sentido, a gerência está associada a idéia de planejamento e controle, sendo o controle fundamental em todos os sistemas gerenciais (BRAVERMAN, 1981).

No entanto, Mota (1999) afirma que o termo gestão e gerência são sinônimos, chamando a atenção de que o uso da palavra gestão se justifica pela pureza e generalidade, objetivando eliminar origens históricas do termo gerência, nascida na esfera privada, que designa a função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores de decisão das empresas, restringindo-se à execução das decisões.

Vale ressaltar que a gestão em saúde é uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também possível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho (VANDERLEI ; ALMEIDA, 2007).

A gestão da atenção básica é aqui entendida como uma forma de articular os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços demográficos delimitados, com os conhecimentos e recursos institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível intervir, definindo prioridades, considerando alternativas reais de ação, alocando recursos para condução do processo de forma resolutiva, equânime e integral (OPS, 1992, p.48).

Em contrapartida, a Norma Operacional Básica (NOB/1996) afirma a gestão como uma atribuição dos Secretários da Saúde, dado que esta implica na responsabilidade sobre recursos financeiros e sobre a condução do sistema de saúde. Já a gerência é a responsável por conduzir os serviços de saúde, cujos objetos são as unidades de produção, o que configura

uma gerência com limites na autonomia, planejamento, financiamento, decisão e avaliação.(BRASIL, 1996a)

Na minha experiência profissional, o gerente local na atenção básica é reconhecido como controlador da frequência dos trabalhadores de saúde, responsável pela solicitação de recursos materiais e confecção de relatórios gerenciais de prestação de contas ao coordenador do distrito sanitário. Este, por sua vez, repassará os problemas administrativos a outras instâncias da secretaria municipal da Saúde. Essas atribuições demonstram a limitada atuação do gerente, o que se refletirá em um grau insuficiente de autonomia para tomada de decisão e pouca capacidade de intervenção sobre os problemas na sua esfera de direção.

No contexto atual, o campo da gerência adquire destaque com a reforma da administração pública no Brasil, em 1998, como meio de alcançar maior eficiência e eficácia dos serviços, visando maior controle dos resultados e melhoria da qualidade na organização pública. Bresser-Pereira (1999) propõe, nos mesmos moldes das reformas do setor público no Ocidente, uma reforma administrativa com ênfase no enfoque gerencial e na transferência da responsabilidade do Estado para o setor privado, configurando a organização de um Estado mínimo.

Nos estudos de Girardi (1996), Nogueira (1996; 1999), Cherchglia (1999), Pereira (2004) e Melo *et al.* (2009) é destacado que esta reforma não imprimiu na história da administração pública do Brasil melhores resultados e melhoria na qualidade dos serviços de saúde, além de culminar na privatização destes serviços públicos e na insatisfação dos trabalhadores de saúde e usuários. Afirmam os autores que a reforma caracteriza-se pelo financiamento do setor privado pelo público, na falta de compromisso dos trabalhadores com a qualidade técnica dos processos de trabalho, com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde, contribuindo para o agravamento da precarização das condições de trabalho no setor saúde.

Neste aspecto, baseando-se em Santana (2008), em estudo sobre avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de Saúde, fica evidente a fragilidade da gestão terceirizada, e que o processo de gestão na UBS, neste modo de gestão, não está articulado com os princípios e diretrizes operacionais do SUS, tais como: integralidade, controle social e resolutividade.

Neste contexto problemático, os estudos de Junqueira (1990), Shraiber *et al.* (1999), Ferreira (2004), Barbieri e Hortale (2005) e Melo *et al.* (2009) destacam que a gestão da UBS apresenta um baixo desempenho gerencial, a falta de profissionalização da gestão e o

uso incipiente dos instrumentos da gestão, que são utilizados com caráter normativo, centralizador e focado exclusivamente na produção dos serviços de saúde.

Acrescenta-se a esta problemática o fato da gestão das unidades básicas de saúde, conforme Junqueira (1990), não dispõem de autonomia para decidir e implementar ações pertinentes às necessidades da comunidade adscrita e dos profissionais de saúde. Até mesmo, a implantação de programas de saúde é decidida pela secretaria municipal da Saúde, quando muito com a participação do coordenador do distrito sanitário.

Neste sentido, para Vanderlei e Almeida (2007) a autonomia responsável é necessária para o trabalho gerencial, tendo em vista que o gerente representa no nível local a consecução das diretrizes políticas de saúde colocadas para as UBS. No entanto, consta em seu estudo que o gerente da Unidade de Saúde da Família (USF) não tem nenhuma autonomia no gerenciamento, comprometendo a prática gerencial desses gerentes, uma vez que a autonomia é necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência das UBS.

Entende-se também que a autonomia é um elemento primordial para conduzir os serviços de saúde. O gestor local deve ter como imagem-objetivo o atendimento aos princípios e diretrizes do SUS, assumindo seu papel primordial, que é o de comandar, organizar, planejar, controlar e coordenar, tanto na esfera local das unidades de produção da saúde, como na esfera municipal das secretárias da Saúde (MAXIMIANO, 2000, p.25).

Todavia, para Campos (1992), há um primitivismo na gestão em saúde, demonstrado na falta de planejamento, na fragilidade de mecanismos de controle de produção ou de qualidade, na imprevisibilidade de gastos e de receitas, toda administração cuida do suprimento de materiais.

Ao lado disto, a concepção teórica administrativa que vigora na gestão da rede básica de serviços de saúde, segundo o mesmo autor, é a teoria administrativa proposta por Taylor, focada exclusivamente na produtividade, e que adota uma visão mecanicista do processo de trabalho e objetiva a especialização do trabalhador através da divisão de tarefas. Para Dussalt (1992), em outra constatação sobre a gestão, a concepção administrativa dos serviços de saúde é permeada pela lógica burocrática, o que afasta qualquer tipo de participação do gerenciamento dos conflitos e das relações de trabalho.

Neste sentido, Binsfeld e Hortale (2004) apresentam três modelos de gestão: o taylorista-fordista, já discutido anteriormente; o burocrático, centrado na estrutura, no comando de poder e na departamentalização das organizações, e o modelo democrático-

participativo, que representa o compartilhamento do poder decisório, com o planejamento estratégico e a avaliação instrumentos para o agir comunicativo.

No que tange ao agir comunicativo, segundo Habermas (1989, 2002), os mecanismos de gestão utilizados distinguem dois tipos de interação, segundo o uso que é feito da linguagem. Quando a linguagem é utilizada apenas como meio de transmissão de informação com vistas a um fim, fala-se em ação estratégica. Já quando ela é utilizada como fonte de integração social, fala-se em ação comunicativa.

Entende-se que a ação comunicativa na gestão da atenção básica de saúde é o elemento fundamental para a aproximação desta com o princípio da integralidade, através da interação dos sujeitos, a fim de atender as suas necessidades de saúde. Conforme Lima e Rivera (2009), a ação comunicativa pressupõe a existência de uma base de pretensões de validade mutuamente reconhecidas, servindo a tradição e a renovação da cultura; sob o aspecto da socialização serve à formação das personalidades individuais; e sob o aspecto da gestão, serve a integração social e à criação de solidariedade.

Para Habermas (2002) a Teoria da Ação Comunicativa apresenta um caminho para pensar a transformação da prática cotidiana, inclusive nos pequenos espaços institucionais como um sistema de serviços de saúde, onde se evoluiria de uma prática de gestão em uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma prática social democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade, na comunicação, no confronto de argumentações e na busca do consenso.

Além do agir comunicativo, a gestão em saúde na atenção básica tem a necessidade de utilizar de outros instrumentos para obter resultados mais efetivos e eficazes, dando direção aos serviços e as práticas de saúde no cotidiano, com os instrumentos de gestão, saberes e práticas tradicionalmente estruturados, como o planejamento, avaliação, monitoramento, condução do processo decisório, negociação, gestão de pessoas e administração de recursos materiais e da criação de ferramentas que agreguem flexibilidade à prática de gestão, baseados nas necessidades locais.

Nesta direção, em estudo avaliativo realizado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), nos anos de 2004 e 2005, que abordava também a prática de gestão nas unidades de saúde da família do estado de São Paulo, foram encontrados os seguintes resultados: pouca participação das organizações não governamentais no planejamento das ações de saúde; a maioria dos municípios declarava não utilizar nenhum sistema de informação para a gestão, e grande parte dos municípios não realizava o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (CONH, 2009).

Vale destacar que estes instrumentos de gestão também podem ser entendidos como tecnologias da área de saúde, que na concepção de Merhy e Onocko (2007, p.121) estão agrupadas em três categorias: a) Tecnologia dura, representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário ou de consumo; b) Tecnologia leve-dura, incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo do planejamento, gestão, avaliação, epidemiologia, entre outras e c) Tecnologia leve, que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações e de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.

Estas tecnologias de gestão fazem parte de uma caixa de ferramentas, comentada por Cecílio (1994; 1997; 2000) como agrupamento de instrumentos que colabora para práticas de gestão mais resolutivas e eficazes. Mediante tais ferramentas, a gestão no âmbito local tem caráter original para a construção de uma caixa de ferramentas que contenha instrumentos úteis à produção do cuidado e à gestão dos serviços de saúde, considerando as características, problemas e necessidades do contexto local.

Considerando as tecnologias de gestão referidas, ressalta-se que o papel do gestor não é o de apenas utilizá-las. O gestor é o articulador das relações entre as pessoas, as estruturas, as tecnologias, as metas e o meio ambiente, incluindo aí os usuários dos serviços. Junqueira (1990) corrobora com esta assertiva ao afirmar que o gerente não é apenas o responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle para alocar de maneira adequada os recursos escassos, mas também para mobilizar e comprometer as pessoas na organização e produção dos serviços de saúde.

No entanto, para Paim (2008), a gestão da atenção básica tem alguns desafios: a complexidade do perfil epidemiológico das comunidades; os problemas relacionados com a gestão de pessoas como remuneração, compromisso e qualificação; o financiamento e a intersetorialidade das ações de saúde, entre outros. Ademais, destaca três problemas cruciais da prática gestora: o desprestígio da análise da situação de saúde, o viés do planejamento agregado e normativo e a segmentação do sistema de saúde brasileiro.

Quanto à prática gestora, Binsfeld e Hortale (2004) apontam como possibilidade para sua transformação a gestão estratégica, que tem ênfase na democratização institucional, na incorporação de usuários na tomada de decisões, no reconhecimento da subjetividade dos sujeitos e na gestão colegiada, com equipes organizadas por unidades de produção. Propõem também a gestão do poder e o uso da caixa de ferramentas através do agir comunicativo.

Nesta dimensão comunicativa da gestão, defendida por Uribe (2001) como o espaço de interação de diferentes trabalhadores de saúde, gestores e usuários que demandam

pelo atendimento de suas necessidades, é que temos a possibilidade de articular os meios e os modos para atender ao princípio da integralidade. Tal assertiva se reforça através de Pinheiro (2006), quando afirma que a integralidade é entendida como uma exigência da organização de serviços e da organização de práticas de saúde, considerando o usuário como sujeito atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Compreende-se que a prática gestora é um campo fértil para a inserção do princípio da integralidade, na medida em que o gestor de serviços tem posição intermediária entre as estruturas centrais e locais, com a possibilidade de poder definir diretrizes e políticas locais, bem como influenciar na prática dos profissionais e trabalhadores na ABS.

Vale lembrar, o caráter estratégico da gestão da saúde no nível local, que conforme Paim (2008), procura levar em conta a ação humana, enquanto trabalho e política, voltada para o êxito, mas também para a ação comunicativa, orientada para o entendimento e para a intersubjetividade, a fim de conferir integralidade às práticas de gestão.

Nesta mesma direção, Mattos (2008) afirma que a integralidade envolve necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de conversação, na qual seus trabalhadores utilizam conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual se relacionam, para reconhecer amplamente o conjunto de ações que podem pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades e demandas da população.

Além destas constatações, Mattos (2001) e Mattos e Pinheiro (2005) destacam que, dos princípios do SUS, a integralidade não se tornou tão concreta na vida da população brasileira, sendo um desafio no processo de construção do SUS, tendo na gestão participativa e compartilhada uma possibilidade para a sua efetivação. Esta afirmação apóia, portanto, a necessidade de avaliar a gestão na ABS, buscando, assim, revelar qualitativamente os fatores que facilitam ou dificultam este processo no âmbito local do SUS.

3 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa avaliativa qualitativa, tipo estudo de caso, definido por Yin (2002; 2005) como um método de pesquisa empírica abrangente, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real. É recomendada especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, como é a situação da gestão em saúde na atenção básica, que está intimamente imbricada com o modo de organização dos serviços e das práticas e com as práticas dos profissionais.

O objeto deste estudo está delimitado na gestão da atenção básica nas dimensões da integralidade, em uma unidade de saúde da família. Gerring (2004) e Stake (2000) concordam que o método de estudo de caso representa uma pesquisa intensiva de uma unidade simples (ou fenômeno delimitado), apropriado para elucidar uma ampla classe de unidades similares, sendo ao mesmo tempo objeto e campo de pesquisa, de caráter singular e peculiar.

Ainda para Stake (2000) existem três pontos principais a serem observados na escolha de estudos de casos: a singularidade, que é otimizar a compreensão do caso e não necessariamente fazer generalização empírica a partir dele; o tipo de recorte, pois nem tudo de um caso pode ser compreendido e, nessa perspectiva, o pesquisador terá que fazer algumas escolhas, priorizando os aspectos que serão estudados em detalhes; e como último aspecto o de linhas temáticas de investigação, onde um estudo de caso deve dispor de uma estrutura conceitual, na qual o problema de pesquisa ou linha temática de investigação deve estar organizado.

Para tanto, este estudo busca avaliar a gestão de uma unidade de saúde da família, nas dimensões da integralidade, e utiliza-se da estrutura conceitual da integralidade, proposta por Mattos e Pinheiro (2005), que apresenta três dimensões: das políticas específicas, da organização de serviços e de práticas e das práticas profissionais.

Contudo, Ventura (2007) acrescenta que o método de estudo de caso apresenta limitações na dificuldade de generalização dos resultados obtidos, podendo ocorrer que a unidade escolhida para investigação seja bastante atípica em relação a sua espécie. Por essa razão cabe lembrar que, embora o estudo de caso se processe de forma relativamente simples, pode exigir do pesquisador muita atenção e cuidado, principalmente porque ele está profundamente envolvido na investigação.

No entanto, a pesquisa encontrou resultados muito próximos dos estudos sobre atenção básica de saúde, a exemplo de:

- As pesquisas avaliativas na ABS de Melo et al. (2009), Santana (2008), Hartz, Felisberto e Silva (2008) e Giovanella et al. (2007).
- Os estudos sobre a ESF, destacando-se os de Cohn (2009), Lacerda e Santiago (2007), Feuerwerker (2005), Malta e Santos (2003), Silva e Trad (2005), Franco e Merhy (1999).
- Os estudos sobre gestão na ABS, como os de Lima e Rivera (2009), Merhy e Onocko (2007), Vanderlei e Almeida (2007), Paim (2006), Silva (2006), Campos (2000; 2003; 2006), Ramires, Laurenção e Santos (2004) e Schraiber et al. (1999).

Em outra perspectiva, o estudo de caso possui as seguintes vantagens: é flexível; estimula novas descobertas; enfatiza a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando a sua totalidade; apresenta simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles (VENTURA, 2007).

Contudo, considera-se como a principal vantagem deste método para este estudo o fato de ter lugar de destaque na pesquisa avaliativa, pois apresenta a possibilidade de explicar os supostos vínculos causais em uma intervenção da vida real. Nesta perspectiva, percebe-se a indicação do método adotado para a investigação avaliativa no campo da Atenção Básica em Saúde, com caráter qualitativo e que tem como objetivo avaliar a gestão na rede básica de saúde nas dimensões da integralidade.

Entende-se que a pesquisa avaliativa, conforme definição de Contandriopoulos *et al.* (2002) é um procedimento que permite fazer julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos, e do ponto de vista da sua utilidade prática reduz incertezas, melhora a efetividade das ações e propicia a tomada de decisões relevantes. É também guiada por quatro objetivos: (1) oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; (2) orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; (3) responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos; (4) buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades.

Neste sentido, esta pesquisa permitiu avaliar a gestão na ABS nas dimensões da integralidade, contribuindo para identificar o quanto esta se aproxima ou distancia do princípio da integralidade, tendo como ponto de destaque os instrumentos, modelo lógico e a matriz de indicadores, que direcionaram o pesquisador.

Portanto, os instrumentos utilizados possibilitaram ao pesquisador identificar respostas sobre a gestão na ABS, apontar limites e possibilidades desta prática, além de conferir flexibilidade metodológica à pesquisa científica.

3.1 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a construção e implementação do estudo observamos as recomendações de Spink (1999) para a pesquisa ética. Dentre os aspectos destacados citamos: pensar a pesquisa como prática social, adotando postura reflexiva; garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise e aceitar a dialogia que se estabelece entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa.

Neste sentido, o projeto desta pesquisa passou por várias modificações devido a uma série de validações a que foi submetido, dentre estas discussões no grupo de pesquisa coordenado pela orientadora, congressos e seminários e nas atividades de pesquisa orientada inerente ao curso de mestrado.

Estes encontros possibilitaram a validação da metodologia da investigação científica, em especial dos instrumentos, possibilitando ao pesquisador direcionamento para a delimitação do objeto deste estudo de caso.

Vale considerar que foi respeitado o protocolo estabelecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa (Conep) e os princípios éticos da pesquisa, obtendo a autorização pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (para o projeto maior) e da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador através de documento (Anexo A) que libera o campo de pesquisa. Posteriormente foi obtido o consentimento da coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário e o projeto específico foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Ufba), conforme protocolo de n. 18/09 (Anexo B).

Quanto ao termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), foi solicitado ao entrevistado sua autorização para realização da entrevista, sendo fornecido previamente informações do projeto de pesquisa, no que tange à: justificativa, objetivos, procedimentos utilizados, desconforto, riscos possíveis e os benefícios esperados; garantia de esclarecimentos, antes, durante e depois do curso da pesquisa sobre a metodologia; liberdade do sujeito em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma e sem prejuízo; garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Após concordância do

entrevistado, foram solicitadas as assinaturas em duas vias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 196/96. (BRASIL, 1996b)

As entrevistas ocorreram na própria unidade de saúde e na Escola de Enfermagem da UFBA, em espaço privativo, em horários pré-estabelecidos, considerando a disponibilidade do tempo dos entrevistados, sendo garantidos o sigilo das informações e não identificação dos sujeitos do estudo.

Destaca-se ainda que a divulgação do estudo se dará em fóruns científicos e por razões igualmente éticas a unidade de saúde não foi identificada, assim como foi assegurado o anonimato dos entrevistados, utilizando-se a codificação da categoria profissional destes ou da função social que exercem para a transcrição e divulgação da sua fala, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 1996b). É importante salientar que o material da gravação foi arquivado pelo pesquisador por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Salvador integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS) ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz. Segundo o IBGE, no ano de 2008 a população residente na RMS era da ordem de 3.021.572 habitantes. Desse total, a participação percentual da capital baiana na população da RMS (81%) é cerca de quatro vezes maior que a dos demais municípios (19%) (IBGE, 2008).

A capital do estado da Bahia ocupa uma extensão territorial de 707 km². A sua organização político-administrativa compreende dezoito (18) Regiões Administrativas (RA) e doze distritos sanitários (DS). Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), a população residente no município é de 2.948.733 habitantes, sendo que nas projeções feitas pelo IBGE, em 2009, já superou a marca de três milhões de habitantes.

A população de Salvador é composta, na sua maioria, por negros, o que corresponde a aproximadamente 83% da população do município, ou seja, cerca de 2.027.779 habitantes. Conta ainda, com 658.222 domicílios e uma média de 3,2 hab/domicílio

evidenciando uma tendência de diminuição do tamanho das suas famílias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Considerando a pirâmide etária da população, observa-se um aumento da participação dos grupos populacionais mais jovens (15-19; 20-24; 25-29 anos), acompanhado de um estreitamento da sua base nas últimas décadas, especialmente nos grupos de 0-4 e 5-9 anos. Ademais, constata-se um aumento da participação do grupo acima de 60 anos, o que reflete o progressivo envelhecimento da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que representa uma medida do desenvolvimento em uma perspectiva mais humana, social e sustentável, pois mede a qualidade de vida através da avaliação do rendimento, educação e longevidade de países, regiões ou agrupamentos populacionais, verifica-se que no ano de 2000, o IDH do município de Salvador era de 0,805, estando na 467ª posição entre os 5.507 municípios do Brasil e ocupando a 1ª posição no Estado. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Esse panorama apresentado demonstra a carência da cidade do Salvador frente a políticas públicas que promovam equidade, retratando também um aumento populacional desordenado, envelhecimento populacional e com um quantitativo de pessoas de cor negra que aponta para necessidades específicas do grupo étnico-miscigenado.

Em relação ao setor saúde, a rede de serviços de saúde foi apontada por análise realizada pelo Ministério da Saúde como uma das piores dentre as capitais brasileiras. A cobertura de atenção básica na capital baiana, conforme informações obtidas na coordenação de Atenção e Promoção da Saúde atende 14% da população, sendo que o recomendado pelo Ministério é de 70% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Destaca-se que no município o maior aporte de recursos financeiros é destinado para a compra de serviços de média e alta complexidade do setor privado, com baixa cobertura e resolutividade de serviços de atenção básica na ESF e gerência terceirizada dos serviços públicos (SANTANA, 2008; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Um fato relevante é o da mudança na percepção da população frente aos problemas de saúde, pois conforme Secretária Municipal de Saúde de Salvador (2006), os soteropolitanos percebem que os fatores sociais interferem na saúde dos indivíduos e das

coletividades. O Plano Municipal de Saúde indica que a população não identifica apenas problemas de saúde relacionados ao corpo biológico, porém referem à violência e a baixa qualidade de vida como problemas de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

A rede de atenção básica municipal está organizada em doze distritos sanitários, onde estão distribuídas sessenta e uma unidades de saúde no modelo tradicional e trinta e oito unidades de saúde da família, com várias equipes de saúde da família por unidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Pode-se observar que, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (2006) a organização dos distritos sanitários consoante ao número de habitantes é desigual, variando de 68.598 habitantes no Distrito Sanitário do Centro Histórico até 355.474 no Distrito Sanitário de Pau da Lima.

Os indicadores de morbi-mortalidade no município ainda são preocupantes, com ênfase para os Distritos Sanitários da Liberdade, Itapagipe, Centro Histórico e São Caetano/Valéria, que estão entre os possuem maior número de casos novos de tuberculose, mortalidade por doenças cérebro-vasculares, percentual de nascido vivos com baixo peso ao nascer, com coeficiente de mortalidade infantil de 33,2 no distrito do Centro Histórico, frente ao Coeficiente municipal de 18,4 por 1.000 nascidos vivos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

No caso do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) identificam-se as seguintes características: população total de 324.931 habitantes, sendo o terceiro distrito mais populoso, com 1.616 mortes por ano, ficando em segundo lugar entre os distritos. O DSSF apresenta o maior coeficiente de mortalidade infantil, maior número de nascidos vivos e o maior coeficiente de mortalidade por causas externas 73,3 por 100.000 habitantes, e fica em segundo lugar em coeficiente de mortalidade por homicídio (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

No entanto, observa-se que este distrito tem muitos dados subestimados, pois quem conhece a realidade local sempre refere que estes indicadores não representam o verdadeiro estado de pobreza, exclusão social, violência e dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde que sofre esta comunidade, como é o caso dos trabalhadores de saúde nesta área territorial.

Nesta pesquisa, adotou-se como critério de escolha do cenário da pesquisa, o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário por ser este considerado o maior dos distritos sanitários, com uma população de 324.931 habitantes que são assistidos por uma rede básica de serviços composta de dezoito (18) unidades de saúde da família com quarenta e três (43) equipes da ESF, três (3) unidades básicas, um (1) pronto-atendimentos, um (1) Centro de Atenção Psicossocial e um (1) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Dentre os outros critérios que resultaram na escolha do cenário do estudo de caso avaliativo sobre a gestão da atenção básica de saúde nas dimensões da integralidade, destacam-se os que se seguem:

O Subúrbio Ferroviário dispõe dos piores indicadores econômicos, sanitários e sociais do município, onde se concentra a população mais carente da cidade do Salvador, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

- Considerando que o Programa de Saúde da Família (PSF) tem a finalidade de reorientar o modelo de atenção em saúde e de conduzir a organização da atenção básica, conforme os princípios do SUS, é no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário que se encontra a maior cobertura da PSF, abrangendo 60% da população local.

Já em relação à escolha do lócus da pesquisa, foi baseado nos seguintes critérios de inclusão:

- ser uma unidade de saúde da família, face às características desta estratégia;
- ser a unidade com maior tempo de funcionamento no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, compreendendo que o tempo de funcionamento do serviço pode influenciar positivamente para a consolidação da prática de gestão;
- possuir, no mínimo, uma equipe completa, devido à importância de avaliar processos constituídos por todos os sujeitos sociais desta estratégia;
- ter na direção um gerente com o tempo mínimo de um ano de exercício da função gerencial, compreendendo que o tempo de exercício influenciará nas práticas de gestão mais consolidadas.

Posteriormente foi implementado o pré-teste do estudo, que fora realizado em Unidade de Saúde da Família não selecionada para caso, no período de 10 de setembro a 12 de outubro de 2009; este procedimento teve o objetivo de validar os instrumentos de pesquisa, observar o grau de clareza das perguntas e a adequação das respostas ao objeto do estudo. Portanto, tal estratégia conferiu maior acurácia e precisão do objeto de pesquisa, no caso avaliado, a gestão da atenção básica nas dimensões da integralidade.

Quanto à caracterização da Unidade de Saúde da Família, caso da pesquisa e considerando o Relatório de Gestão datado de 4 de novembro de 2009, do gerente da unidade, observou-se o tempo de funcionamento de sete (07) anos, desde fevereiro de 2003. O gerente da USF exerce a função há quase dois (02) anos, dispõe de uma equipe mínima da ESF, composta por: seis agentes comunitários, um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, e oferece os serviços de planejamento familiar, pré-natal, teste do pezinho, vacinação, programa de hipertensão e diabetes, programa de combate à tuberculose e hanseníase, clínica médica, pediatria, ginecologia, nutrição, vacinação animal, puericultura, colocação de Dispositivo Intra-Uterino (DIU), glicemia, retirada de pontos cirúrgicos, curativos, encaminhamento de baciloscopia, farmácia, serviço de odontologia.

Vale destacar, baseado em relatório de gestão, que alguns destes serviços não funcionam todos os dias da semana, tais como o de ginecologia, nutrição e puericultura, o que pode gerar demanda reprimida e contradiz com os princípios do PSF.

Ainda com relação ao elenco de serviços desta USF, observou-se algumas dissonâncias entre os serviços declarados em relatório de gestão e os serviços efetivamente existentes, como por exemplo, o serviço de inserção de DIU, que em entrevista com o profissional médico ele relata que ainda não foi implantado.

Outra dissonância é como uma unidade pode possuir serviço de nutrição se não dispõe de nutricionista?

Tais constatações remetem a uma análise mais aprofundada destas inconsistências, além de possibilitar o entendimento de que há discrepâncias entre o declarado e o que efetivamente existe nesta USF.

No que tange ao quantitativo de profissionais de Saúde da USF e seus vínculos trabalhistas, o quadro 1 demonstra as informações coletadas.

Quadro 1 Relação dos trabalhadores da USF-caso e seus respectivos vínculos trabalhistas, 2009.

Categoria profissional	Vínculo	Total
Enfermeira	Regime Especial (REDA)	01
Agente de higienização	Terceirizada	02
Auxiliar administrativo	REDA	01
Médico	CLT	01
Técnico de enfermagem	REDA	02
Agente comunitário	CLT	06
Agente de portaria	CLT	04
Auxiliar de consultório dentário	CLT	01
Gerente	Cargo de confiança	01
Total		19

Fonte: Relatório de Gestão da USF-caso (2009).

Estes dados também demonstram a precarização dos vínculos trabalhistas no PSF, considerando a multiplicidade de vínculos e que, conforme Nogueira (1996), pode ter conseqüências na desqualificação do serviço público, desregulamentação das relações trabalhistas e a diminuição dos níveis de proteção social do trabalho;

Por fim, vale destacar que a coleta de dados foi implementada no mês de dezembro de 2009, após explicação para o gerente da unidade sobre a pesquisa, objetivo, justificativa, benefícios e possíveis riscos do estudo, além explanar para cada informante-chave estas informações.

3.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS E PRODUÇÃO DOS DADOS

Considerando-se a concepção de informante chave proposta por Minayo (2009) como indivíduos estratégicos para revelar o cotidiano de um grupo e ou comunidade, estes grupos (Quadro 2) foram escolhidos através de método aleatório, sendo composto do gestor da USF, de um usuário que desempenha um certo grau de liderança na comunidade, de um agente comunitário de saúde, de um médico, de um técnico de enfermagem e uma enfermeira, sendo que os entrevistados eram os únicos representantes da sua categoria profissional na USF.

Vale considerar que só um agente comunitário se dispôs voluntariamente a ser entrevistado pelo pesquisador, sendo que os outros agentes disseram que não tinham interesse em participar do estudo. E quanto aos usuários observou-se uma dificuldade de efetuar

entrevistas com conteúdo para análise qualitativa e também muitos, se recusaram a participar da pesquisa.

Quadro 2 Número de participantes do estudo segundo grupo de informantes-chave, Salvador, 2009.

Grupo	Categoria Profissional/Função	Número informantes-chave
Grupo 1 – Trabalhadores da Equipe Saúde da Família	Enfermeira	01
	Médico	01
	Auxiliar de Enfermagem	01
	ACS	01
Grupo 2 – Gestor da Unidade Saúde da Família.	Gerente da USF	01
Grupo 3 – Usuário da Unidade Saúde da Família.	Servidor público	01
TOTAL		06

Segundo Stake (2000) o estudo de caso requer a utilização de múltiplas fontes para descrever e compreender o caso e o seu contexto. Portanto, nesta pesquisa foram utilizadas as técnicas de entrevista semi-estruturada e análise documental.

Quanto à escolha da técnica de entrevista semi-estruturada, foi baseada na indicação de Rosa e Arnoldi (2008) que orientam o uso desta em casos onde o pesquisador precisa obter respostas mais profundas, para que os resultados do estudo sejam realmente atingidos de forma fidedigna.

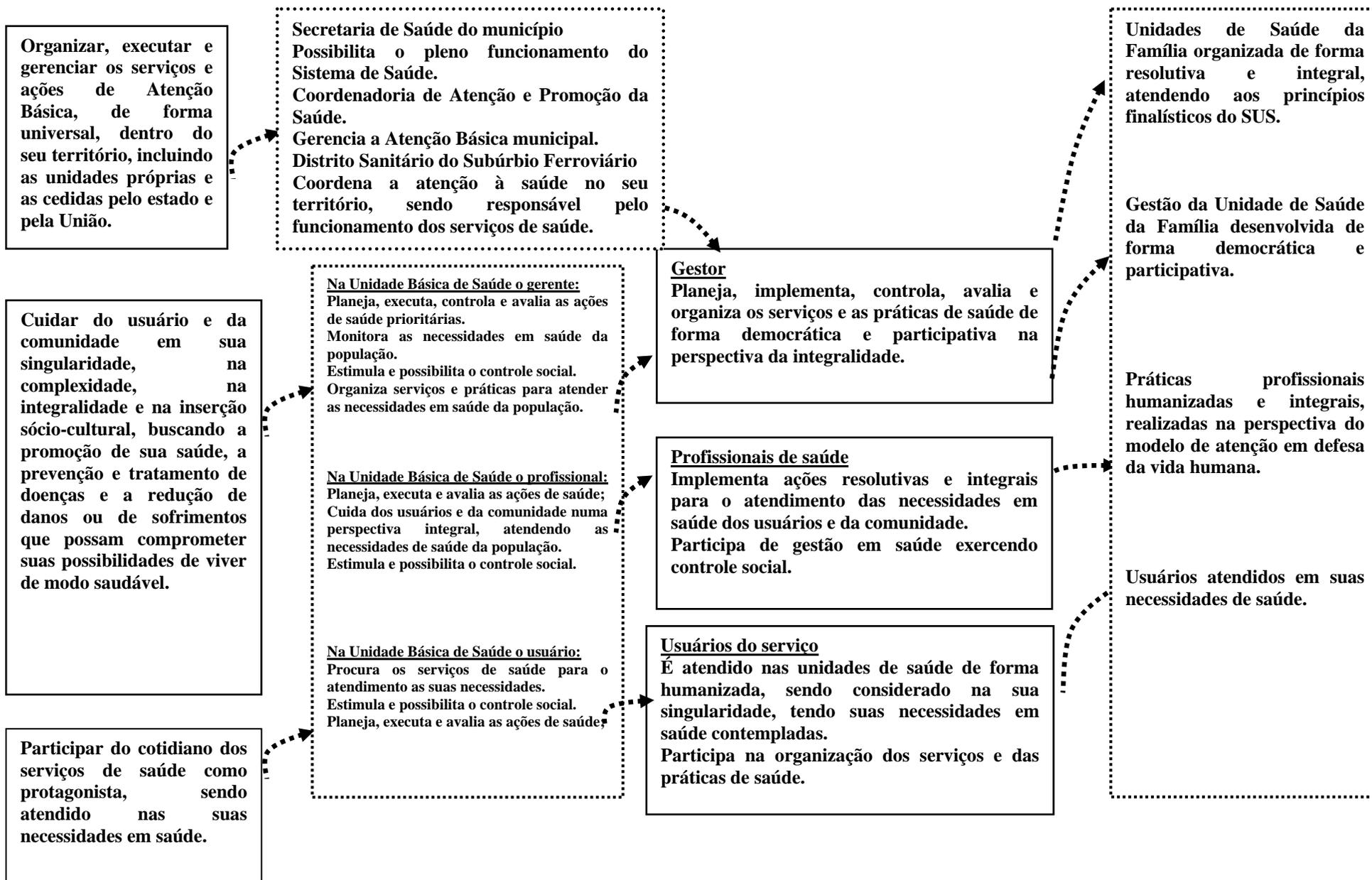
Os instrumentos de coleta de dados foram os roteiros de entrevistas semi-estruturadas elaborados especificamente para cada grupo de informantes-chave (APÊNDICE C, D, E), construído com base na matriz de indicadores (Quadro 3), a partir das três dimensões do princípio da integralidade, descritas por Mattos (2001): a dimensão das políticas específicas, da organização dos serviços e das práticas e das práticas profissionais.

Quadro 3 Matriz de indicadores para Avaliação da Gestão em uma Unidade de Saúde da Família

DIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTA AVALIATIVA	INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PARÂMETRO
Políticas específicas	Implantação das políticas específicas na USF que traduzam o princípio da Integralidade	A USF define e/ou implementa políticas específicas com base nas necessidades locais?	Ações prioritárias desenvolvidas pela USF a partir de problemas locais identificados e coerentes com os objetivos do Plano Municipal de Saúde.	Gerente de unidade Profissionais de saúde da equipe mínima da ESF.	Existência de pelo menos uma ação prioritária implementada pela USF.
Organização dos serviços e de práticas	Processo de organização dos serviços e das práticas profissionais	Existe planejamento, monitoramento e avaliação das ações na USF? Como se desenvolve? Existe espaço de participação do usuário no planejamento e avaliação desta USF?	Existência de modelo de planejamento, monitoramento e avaliação com qualquer grau de participação de trabalhadores e usuários da USF. A existência de espaços de comunicação e compartilhamento das decisões.	Gerente de unidade Profissionais de saúde da equipe mínima da ESF. usuário	A utilização de, no mínimo, um dos instrumentos de gestão, dentre estes: planejamento, monitoramento e avaliação objetivando a organização de serviços e práticas de saúde na USF.
Práticas de gestão	Modo de condução da gestão na USF.	Como é a condução da gestão na USF?	O processo de gestão na USF ocorre de forma participativa, democrática, com espaços de diálogo e escuta.	Gerente de unidade	A existência de um modelo de gestão participativo que concorre com um modelo autocrático, fordista/taylorista.

Dado o estado da Atenção Básica em Saúde e da Gestão adotaram-se parâmetros mínimos neste estudo avaliativo para que haja, minimamente, uma aproximação da gestão na ABS com o princípio da integralidade.

Além da matriz de indicadores, tomou-se como base para implementação do estudo e criação dos instrumentos da pesquisa o modelo lógico (Quadro 4), que conceitualmente é uma maneira visual e sistemática de apresentar e compartilhar uma visão sobre o funcionamento de um programa.



Quadro 4 Modelo lógico da Atenção Básica à Saúde com foco na gestão segundo a Política Nacional da Atenção Básica e a organização administrativa do Sistema de Único de Saúde de Salvador-Bahia.

Já a técnica de análise documental foi realizada através de documentos, tais como: relatório de gestão, relatório de atividades da ESF, atas de reuniões e ofícios. Foram destacados, para efeito de análise, apenas os documentos que faziam referência à prática de gestão na atenção básica e aos instrumentos gerenciais.

Para tanto, os documentos foram listados e numerados da seguinte forma:

- 1- Relatório Quadrimestral da Gerência do PSF da Unidade-caso;
- 2- Relatório anual da gerência do PSF da Unidade-caso;
- 3- Comunicado de 25 de Janeiro de 2009;
- 4- Ofício n.º 007/09, ofício n.º 022/09, ofício n.º 37/09, ofício n.º 064/09, ofício n.º 73/09, ofício n.º 75/09, ofício n.º 099/09, ofício n.º 102/09, ofício n.º 162/09, ofício n.º 191/09, ofício n.º 196/09 e ofício n.º 200/09;
- 5- E as atas de reuniões da USF- caso: 26 de janeiro de 2009, 30 de janeiro de 2009, fevereiro de 2009, 06 de março de 2009, 11 de março de 2009, 18 de março de 2009, 25 de março de 2009, 15 de abril de 2009, 22 de abril de 2009, 06 de maio de 2009, 20 de maio de 2009, 09 de junho de 2009, 25 de junho de 2009, 08 de julho de 2009, 22 de julho de 2009, 26 de agosto de 2009, 28 de agosto de 2009, 16 de setembro de 2009, setembro de 2009, 05 de outubro de 2009, outubro de 2009, 09 de novembro de 2009, 18 de novembro de 2009 e a de 18 de dezembro de 2009.

3.4 DESENHO DA ANÁLISE

Para a análise dos achados adotou-se o método de análise de conteúdo, que para Bauer e Gaskell (2008) é um método de análise de texto que reduz a complexidade deste, abrangendo técnicas estatísticas e a análise qualitativa dos materiais de pesquisa. Este método permite reconstruir indicadores e cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos.

No caso em questão, avaliou-se a gestão na ABS tomando por base a fala de todos os sujeitos implicados no PSF, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, gestor, agente comunitário e usuário, além da utilização de multitécnicas, análise documental e entrevista semi-estruturada.

Considerando que a análise de conteúdo abrange multitécnicas, utilizou-se neste estudo a análise temática que, conforme Bardin (2004) consiste em detectar os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido, sendo que considera-se o tema uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria.

Além disto, foi adotado as dimensões da integralidade propostas por Pinheiro e Mattos (2005): das políticas específicas, da organização dos serviços e práticas e das práticas profissionais como categorias previamente estabelecidas, agregando-se outras categorias emergentes do processo de análise dos achados.

Dentre as categorias que emergiram no processo de análise destacam-se: a violência do bairro, o modo de implantação dos programas na ESF, participação social, práticas educativas, acolhimento e visita domiciliar. A partir disto, verificou-se a possibilidade de cruzamento das variáveis estabelecidas com as pré-existentes.

Desta forma, utiliza-se as entrevistas semi-estruturadas e através da leitura exaustiva identificamos as categorias de análise e codifica-se as unidades de análises que emergiram das entrevistas e que guardaram relação com a dimensão avaliada (das práticas de gestão na ABS), observando critérios de coerência, transparência e fidedignidade (BAUER e GASKELL, 2008).

A análise considerou também as afirmações de Spink (1999), quando esta autora destaca a importância da superação dos horrores metodológicos, dentre estes: a indexicalidade, traduzida como a dissociação das enunciações ao contexto do estudo, a inconclusividade, entendida como a complexidade dos fenômenos sociais e a impossibilidade de controlar todas as variáveis intervenientes, e por último, a reflexividade relacionada à espiral da interpretação e aos efeitos da presença do pesquisador nos resultados da pesquisa.

Portanto buscou-se a associação das enunciações com o contexto, tendo a análise documental como uma outra base de dados para contrapor e ou confirmar o que foi dito nas entrevistas.

No que diz respeito a inconclusividade, tomou-se o direcionamento do modelo proposto por Pinheiro e Mattos (2005) como forma de evitar este “horror metodológico” e delimitar o objeto de estudo.

Já no que tange a reflexividade, procurou-se articular os achados com a base literária existente e a vivência do autor na ESF.

O modelo escolhido para a apresentação dos achados qualitativos em quadro analíticos foi baseado em Melo (2001), explicitado na sua tese de doutorado, o que facilitou a apresentação das enunciações e da avaliação expressa pelos sujeitos da pesquisa, mantendo o foco do pesquisador sobre as dimensões da integralidade, articulando os achados e o valor destes ao princípio focado.

3.5 LIÇÕES APRENDIDAS

As experiências vivenciadas na coleta de dados me moveu a escrever estas reflexões, destacando que três momentos foram pontos de potência para tal relato: o primeiro, a validação do projeto de pesquisa; o segundo a experiência com a pesquisa avaliativa e em terceiro, a vivência do trabalho de campo.

A validação do projeto de pesquisa me possibilitou a busca por aportes teóricos e metodológicos para correção dos problemas teóricos e metodológicos apontados pelas diferentes audiências sobre os pontos frágeis do estudo. Percebi, também, que a cada submissão do modelo avaliativo pretendido melhorava consideravelmente as certezas da metodologia escolhida.

Em contrapartida, no referencial pesquisado de metodologia não encontrei elementos sobre a importância deste processo para o pesquisador, dentre as bases pesquisadas, destaco: Bauer e Gaskell (2008), Creswell (2007), Minayo (2009), Yin (2005) e Laville e Dione (1999), todos estes autores colocavam a importância da validação dos dados e de sua análise.

Em um segundo ponto, destaco a experiência com a pesquisa avaliativa. A definição de uma matriz de indicadores e do modelo lógico oportunizou um melhor entendimento do fenômeno avaliado, conduzindo-me para a coleta de dados e análise, constatando que a dimensão operativa deste modelo de pesquisa é uma das principais vantagens desta opção.

Quanto às dificuldades encontradas neste processo posso destacar a falta de entendimento dos sujeitos da pesquisa frente à pesquisa avaliativa. O gerente da unidade demonstrou preocupação com a realização da pesquisa, confundindo a avaliação da gestão com a avaliação pessoal do desempenho do gerente. *(perguntando a todo o momento: - como você me avalia como gerente? Que nota você me daria? Sendo que explicava a cada inquirição que o objetivo da pesquisa era avaliar a prática de gestão e não o gerente.*

Entendo que a prática de gestão se revela através das práticas de todos os profissionais da USF, dos usuários e do gestor, não sendo limitada ao fazer do gestor formal. Há múltiplos determinantes, condicionantes desta prática, que é instituinte e instituída ao mesmo tempo, modifica e é modificada, se constituindo como em processo, e nem nunca está acabada e ou delimitada.

Quanto à pesquisa avaliativa ela parte sempre de uma hipótese ou pressuposto, que só através do método científico pode ser respondido. Causava-me constrangimento a percepção do gerente sobre avaliação, pois se evidenciava uma concepção avaliativa de caráter punitivo, fiscalizador e autocrática, o que parece ser comum no campo da saúde.

Outro ponto fundamental foi à vivência durante a coleta de dados. Nos momentos em que visitava a USF, durante o tempo em que aguardava os sujeitos do estudo elaborava muitas reflexões sobre a situação da atenção básica, as oportunidades perdidas de práticas integrais e resolutivas além de observar as limitações tanto internas como externas para uma prática que favoreça o vínculo, o acolhimento e a responsabilização do gestor e dos profissionais e trabalhadores da saúde.

Percebi que a neutralidade científica é impossível, pois o pesquisador não abandona sua ideologia, o campo de sua subjetividade. Portanto, cabe a este o estabelecimento de “balizadores” que racionalizem o processo de investigação e deixe possibilidades de expressão do fenômeno na sua totalidade.

Estas vivências trouxeram para mim a possibilidade de refletir sobre a importância deste estudo e sobre como uma estratégia de reorientação do sistema de saúde poderia se conformar na prática. Que implicação tem a gestão frente à caótica situação da ABS?

Considero que a gestão precisa induzir mudança nesta “dobradiça” entre o modelo de atenção e o modelo de gestão, mas, além disso, o processo de mudança não pode se limitar só na gestão, passa pela decisão política dos gestores e da sociedade civil organizada.

Outro ponto marcante foi à falta de confiança dos sujeitos da pesquisa no momento de prestar as entrevistas. Percebi a grande dificuldade que é para o pesquisador coletar dados, pois se do lado do pesquisador existem limitações como a ansiedade, do lado dos sujeitos existe desconfiança e medo, até por causa do tipo de pesquisa. Na prática, o que observa-se na sua grande maioria é que os processos avaliativos, de pesquisa ou não, são tradicionalmente punitivos e normativos.

Segundo Rosa e Arnoldi (2008), a técnica de entrevista tem algumas limitações, dentre estas o fator tempo, a necessidade de uma comunicação efetiva e clara, a confiança e a espontaneidade, a observação do não revelado. Entendo que o pesquisador precisa primeiro criar um clima de confiança, pois caso contrário ele pode obter resultados distorcidos que falam sobre outra realidade.

Também não posso ignorar o que se constituiu numa forma de sofrimento pessoal quanto às constatações sobre a gestão da ABS. No entanto busquei estratégias de distanciamento do objeto do estudo, procurando a cada enunciação avaliada e a cada leitura do material bibliográfico me perguntar: onde posso ver está afirmação? Será que ela existe e não vejo? Mas, embora reconheça que o nosso olhar sob as coisas é cheio de intencionalidades, acredito que cumpro o meu dever ético em libertar o objeto do estudo para que ele se apresentasse de forma mais próxima possível da sua realidade.

4 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS ESPECÍFICAS ATRAVÉS DAS AÇÕES PRIORITÁRIAS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os resultados deste estudo são apresentados tomando-se como base as dimensões da integralidade proposta por Pinheiro e Mattos (2005), tendo em vista que este foi o modelo teórico considerado para o desenho de análise.

Quanto aos temas que emergiram da análise das entrevistas e dos documentos, estes foram confrontados com as categorias pré-estabelecidas do modelo teórico, caracterizados em temas principais e secundários da análise temática e relacionados às dimensões da integralidade.

As enunciações dos entrevistados no Quadro 5 revelam as ações prioritárias da USF como um pacote básico de intervenções, destinados a grupos específicos e baseado nos programas do Ministério da Saúde.

Quadro 5 Ações prioritárias da Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Ações prioritárias na USF	[...] Nós trabalhamos em cima das metas apresentadas pelo Ministério da Saúde, onde [...] cada profissional tem sua atribuição a desenvolver, cada profissional tem sua meta a cumprir, né, no caso do agente comunitário o número de visitas, no caso dos médicos os atendimentos e enfermagem e técnico os atendimentos da sala de vacina, farmácia, curativo e outros.[...]	ACS	Negativo: As ações prioritárias são baseadas nos programas de saúde recomendados pelo MS.
	[...] Aqui no momento não existe ação prioritária.	Enfermeira	Negativo: Inexistência de ações prioritárias.
	[...] estamos tentando colocar aqui em prática é o conselho local de saúde, que esta unidade não tem, então tem mais de um ano que eu tô dando “murro em ponta de faca”, eu e (a representante do distrito) pra gente colocar o conselho local aqui[...]	Gerente	Negativo: As dificuldades de implantação de uma ação prioritária para a USF.

As enunciações apresentadas trazem divergências no que tange a existência das ações prioritárias e quanto ao que é considerado como a ação prioritária pelos profissionais da USF.

Estas divergências podem ser resultantes da inexistência de espaços de diálogo e de escuta no processo de gestão da USF. Assim, considera-se que a inexistência de espaços de interação entre os sujeitos implica na alienação destes a execução de atos parcelares, mecanizados, sem articulação com as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos comunitários.

Nesta direção, considera-se que a integralidade na gestão da USF poderia se expressar, principalmente, no âmbito da interação social, através de espaços de diálogo e compartilhamento de poder decisório com vistas à construção e implementação de planos de ação que objetivam o atendimento das necessidades em saúde da comunidade.

Neste sentido, Habermas (1987; 2002) distingue dois âmbitos do agir humano que são interdependentes, o âmbito do trabalho e o da interação social. Para este autor o trabalho é entendido como um processo pelo qual o homem emancipa-se progressivamente da natureza, e a interação compreendida como a esfera da sociedade constituída entre sujeitos, capazes de comunicação e ação para a solução de um problema, e de como os planos de ação de diversos atores podem ser coordenados de modo que as ações de um possam ser ligadas às ações do outro.

Portanto, as divergências demarcam a inexistência de ações coordenadas, o que implicam na baixa eficiência, eficácia e efetividade da gestão na ABS, tendo como consequência o não atendimento das necessidades em saúde da população adscrita pelo Programa de Saúde da Família.

Fica evidente a necessidade de compartilhamento e de discussão das ações, sendo papel do gestor local proporcionar estes momentos de encontro entre os sujeitos do processo de produção da saúde, a fim de conferir significado às práticas e a organização do serviço.

A falta de diálogo e de pactuação das ações prioritárias na USF, se apóia na assertiva de Teixeira e Solla (2006) quando se referem a estudos que evidenciam, mesmo depois da implantação da PSF, a persistência de uma baixa qualidade da atenção básica e baixa efetividade na resolução de problemas comuns como controle de diarreias em menores de um ano e a redução da mortalidade materna.

Por outro lado, a avaliação da dimensão das políticas específicas abrange tanto as respostas governamentais, como as respostas locais às necessidades de grupos populacionais específicos (MATTOS, 2002). Contudo, estas políticas podem ser consideradas como um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público, não sendo representadas, necessariamente, pelos programas verticais do Ministério da Saúde, tendo

geralmente expressão institucional, portanto orçamentária, e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente.

Portanto, destacando que as ações prioritárias da USF devem considerar o plano municipal de saúde, que por sua vez, é construindo a partir das necessidades de saúde no nível local, tomou-se como parâmetro neste estudo de caso, que as ações prioritárias da USF deveriam estar relacionadas aos objetivos específicos e articuladas com a implementação de políticas específicas na linha de ações e serviços na atenção básica contidas no plano municipal de Saúde de Salvador, do período de 2006-2009, no mínimo em 50% das ações elencadas.

Destaque-se que os objetivos específicos da linha de ação da atenção básicas contidos no plano municipal de saúde, são: a implantação da política nacional de humanização; implementação do programa de atenção integral à saúde da mulher, implantação do programa de saúde do adolescente, implantação do programa municipal de atenção ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, implantação do programa de controle da anemia falciforme, garantir o atendimento integrado aos portadores de albinismo e de lúpus, formular e implantar a política municipal de assistência farmacêutica, desenvolver ações de Saúde do Homem e organizar a rede assistencial de saúde bucal.

Observa-se que as enunciações apresentadas no quadro 5 apontam para duas ações como prioritárias: os programas seletivos e verticais do Ministério da Saúde e a implantação do Conselho Local de Saúde (CLS). Pode-se concluir que não há coerência do discurso sobre as ações prioritárias da USF com os objetivos expressos na linha da atenção básica do Plano Municipal de Saúde, de 2005-2009, da cidade do Salvador.

Observa-se que as ações prioritárias existentes são baseadas nos programas verticais do Ministério da Saúde. Isto demonstra a verticalidade da atenção básica na PSF, pois mesmo com todo aparato para aproximação com a comunidade, não há espaços criativos de diálogo para construção de projetos que impactem nos problemas de saúde da população adscrita.

Baseando-se em Mattos (2002), pode-se afirmar que a Integralidade quer dizer uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o sujeito, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Pode-se compreender que o fato de adotar, de modo compulsório, as políticas específicas do MS é descontextualizar o sujeito, conferindo-o características de objeto de uma prática de saúde, pois é a necessidade do usuário que deve se relacionar com a oferta de serviços e não ao contrário.

Está última constatação, de que as necessidades de saúde são submetidas à oferta de serviços é dissonante com o que está exposto na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), no que diz respeito aos seus fundamentos, dentre estes a integralidade e o acesso universal, e com os princípios fundamentais da Estratégia de Saúde da Família, dentre estes o seu caráter substitutivo em relação à rede da atenção básica tradicional, dentre outros.

Por outro lado, baseando-se em Giovanella (2010), a atenção básica deve ter como prioridade a promoção da saúde, tendo de intervir nos determinantes sociais além de reorganizar a rede assistencial para garantir o acesso integral. Desse modo, os programas verticais perdem sentido, pois uma das grandes preocupações atuais das reformas de atenção primária em saúde é a preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade e não de grupos específicos, a exemplo do grupo materno-infantil.

No entanto, os dados encontrados não dialogam com esta preocupação. Constata-se a baixa capacidade de inovação na gestão local dos serviços de saúde, e isto permite afirmar que para que a unidade de saúde da família se torne um serviço de procura regular e sua organização e práticas de saúde se aproximem do princípio da integralidade é necessária uma revisão da sua organização.

Por fim, entende-se que as ações prioritárias da USF estão centradas nos programas verticais do ministério, definidos com base no risco de adoecer e morrer dos grupos populacionais específicos e em contrapartida, que a organização dos serviços de saúde não é baseada nas necessidades em saúde da população local.

Quanto à ação prioritária de implementação do conselho local de saúde, a análise documental, em especial as atas de reuniões catalogadas como documento número 34 e 35, permitiu o entendimento mais aprofundado desta ação, pois ela surge como demanda externa, impulsionada pela coordenação do Distrito Sanitário.

Por outro lado, entende-se que a formulação de ações prioritárias não deve partir de grupos não implicados diretamente com o nível local, nem muito menos que as ações prioritárias devam ser meramente compulsórias. A criação de um conselho local de saúde necessita de negociação de interesses entre os sujeitos sociais implicados.

Este modo de condução na implantação do conselho local implica na falta de adesão da comunidade. Organizado deste modo, para atender a objetivos externos aos interesses locais, e sem o amadurecimento dos sujeitos sociais, este espaço democrático está condenando a se

constituir em um espaço apenas normativo, sem poder de decisão, ou da mera expressão de conflito entre interesses privados.

5 AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Baseando-se na assertiva de que os instrumentos tradicionais da gestão conferem organização aos serviços e as práticas de saúde, este estudo de caso adotou como categorias pré-definidas o modo de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços ou ações produzidas pela USF, articulando-o com a forma de organização dos mesmos.

O parâmetro considerado para avaliação desta dimensão foi à utilização, pela gestão de, no mínimo, um dos instrumentos de gestão, dentre estes: planejamento, monitoramento e avaliação objetivando a organização de serviços e práticas de saúde na USF.

Tal decisão apóia-se em Pinheiro, Silva Júnior e Mattos (2008), que definem como desenhos organizadores da integralidade na dimensão da organização dos serviços as estratégias de descentralização, a regulação do acesso às ações e serviços de saúde, a educação permanente, a regularização de vínculos trabalhistas, a utilização de avaliações institucionais e os instrumentos de participação social, aqui compreendidos como o planejamento e monitoramento das ações de saúde.

Além das categorias pré-determinadas, emergiram outras unidades temáticas no processo de análise dos dados: o problema da violência e sua interferência na organização dos serviços.

Quanto à organização das práticas de saúde, Pinheiro, Silva Júnior e Mattos (2008) definem como desenhos organizadores o acolhimento, o vínculo e responsabilização, trabalho em equipe e o direito de escolha do usuário frente ao seu processo saúde-doença.

Neste sentido, as categorias que emergiram na análise dos dados foram: o acolhimento dos usuários do PSF, as práticas educativas e o encaminhamento na USF e a visita domiciliar pela ESF.

5.1 O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA E SUA INTERFERÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SAÚDE

Baseando-se na análise dos documentos, observou-se um achado interessante, conforme Quadro 6, que está entrelaçado ao contexto da comunidade na qual a USF está inserida, que é o problema da violência e sua interferência na organização dos serviços de saúde.

Quadro 6 Matriz dos documentos analisados da USF, Salvador, no período de dezembro de 2008 à dezembro de 2009.

TIPO DE DOCUMENTO /ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?
Ata de reunião de 30 de janeiro de 2009.	Gerência da USF	Violência. (p.54)	Solicitação para que os profissionais possam sair mais cedo devido a episódios de violência na área.	Segurança dos profissionais de saúde e comunidade.
Ata de reunião de 16 de setembro de 2009.		Violência. (p.75)	Informação de que o estágio curricular de estudantes de enfermagem da Ufba foi suspenso por causa da violência local.	
Ata de reunião de 09 de novembro de 2009.		Violência. (p.81)	Em decorrência dos episódios de violência ficou acordado nesta reunião que os ACS farão visitas apenas no horário da manhã, no período da tarde trabalharão internamente na organização de prontuários.	

Observou-se vários registros de violência nos documentos analisados, o que ocasionou mudança nas rotinas de funcionamento da USF e nas práticas dos profissionais de saúde. No entanto não se observa ações de enfrentamento à violência no âmbito das ações prioritárias da USF.

Para Cohn (2009) um dos desafios do modelo Saúde da Família nos grandes centros urbanos é a violência, sendo uma questão de vulnerabilidade social e de saúde, que interfere na organização dos serviços de saúde e requer uma intensa negociação e compromisso por parte do Estado.

Ainda para a mesma autora, a estratégia de Saúde da família representa a mudança do sistema de atenção se for implementada com base nos princípios da saúde da família, nos conceitos de risco social e epidemiológico, na noção de território, no fortalecimento dos vínculos ente a população usuária e os profissionais de saúde, na desburocratização, na equidade, na racionalização do acesso aos cuidados, na transformação dos processos de trabalho e nas práticas dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde e na introdução de sistemas de avaliação e monitoramento das ações(COHN, 2009, p.73).

Diante do exposto, por que a violência não é enfrentada nesta USF? Por que a existência do fenômeno da violência não é considerada na organização dos serviços e das práticas profissionais, e mais especificamente, na gestão?

Chama atenção, também, o fato de que este registro se faz somente nos documentos analisados da gerência da USF e nunca nas entrevistas dos sujeitos da pesquisa. Esta constatação de que não foi revelado o problema da violência nas entrevistas, de algum modo, pode está relacionado com o sentimento de impotência destes profissionais de saúde no enfrentamento deste problema de saúde pública.

Nesta direção, as atividades educativas, a formação do conselho local de saúde, as visitas domiciliares e a articulação intersetorial são práticas rotineiras das ESF que possibilitam a abordagem deste problema e a criação de estratégias de mudança da realidade local.

A violência é um problema social e de saúde pública que extrapola o *corpus* social e precisa de uma abordagem muito mais complexa do que a biomédica. É no campo da promoção da saúde que a violência deve ser abordada. No entanto, entende-se que o não enfrentamento do problema da violência na USF possui muitos fatores determinantes, como a falta de autonomia do gestor local, profissionais de saúde que se sentem ameaçados e com medo de atuarem frente a este problema, a formação profissional que, muitas vezes, está descolada de problemas sociais gerando incertezas e incapacidade técnica principalmente no campo de atuação da promoção em saúde) para pensar e implementar estratégias eficazes, além da fragilidade do Estado para enfrentar as desigualdades sociais.

5.2 O MODO DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No caso em estudo, observou-se a existência do planejamento e a sua operacionalização visando identificar desenhos organizacionais mais próximos do princípio da integralidade, dado que Cohn (2009) afirma que um dos princípios que orientam a estratégia de saúde da família determina o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

Contudo, os achados deste estudo de caso sobre o modo planejamento das ações de saúde na USF é contraditório com o modo defendido neste estudo: o planejamento estratégico que pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, indefinidos e incertos, fundamentado no conceito de Testa (1992; 1995) sobre o pensamento estratégico, que é aquele capaz de orientar a ação para adquirir poder (técnico, político e administrativo) para poder fazer as coisas. Os achados são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 Modo de planejamento adotado na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Planejamento das ações de saúde na USF	[...] (através de) nossas reuniões administrativas, onde a gente, na verdade, faz as nossas colocações das nossas programações, o que foi feito, o que não foi, o que está sendo cumprido, o que não, porque deixou e por aí fora.[...]	ACS	Negativo: O planejamento em saúde entendido como prestação de contas ao gerente de unidade.
	[...] isto é feito entre eu e fulana, a gente sempre senta aqui, a gente combina as reuniões que serão feitas, quando será feita, a data e o local que [...] A gente faz de seis em seis meses, a gente vai tá vendo o que a unidade vai tá precisando. [...]	Gerente	Negativo: O planejamento em saúde compreendido como ordenamento de tarefas, pontual, centralizado na figura do gestor e com caráter normativo.
	[...] outro planejamento que é um cronograma da unidade que eu faço todo mês, que é (a) saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, [...] (e) o acompanhamento do desenvolvimento da criança, né.	Enfermeira	Negativo: planejamento em saúde compreendido como um cronograma de atividades de atendimento clínico.

A primeira modalidade de planejamento que emerge das enunciações é uma prestação de contas que os profissionais de saúde fazem para o gerente de unidade. Esta ação ou tarefa não implica na busca de dispositivos e estratégias de mudança para intervir sobre os problemas locais ou na busca de resultados para atender as necessidades de saúde da comunidade.

Os achados contrapõem-se ao que é colocado por Uribe (2001, p.214), quando destaca a importância do planejamento das ações de saúde:

O planejamento é um processo de aprendizagem que permite o afloramento e o questionamento dos modelos mentais dos agentes tendo em vista a possibilidade de uma visão compartilhada, não se constituindo em fazer planos, mas sim em mudar o microcosmo, os modelos mentais que os tomadores de decisões carregam em suas mentes.

Corroborando Silva (2006) com o autor citado acima ao afirmar que o pensar/saber/fazer planejamento em saúde nas Equipes de Saúde da Família (ESF) representa um conjunto de esforços de diversos sujeitos sociais, com vistas às mudanças na situação de saúde, tendo como eixo direcionador desta prática o planejamento comunicativo, no qual as decisões são tomadas coletivamente a partir de um processo de diálogo contínuo e com base na ação comunicativa, na co-produção de sujeitos e voltada para o entendimento mútuo.

Outra teoria que pode servir de base para o modo de planejamento defendido neste estudo é a da teoria de ação comunicativa, que para Habermas (1989, p. 166) pode ser compreendida como

(...) um processo circular no qual o [sujeito social] é as duas coisas ao mesmo tempo: ele é o *indicador*, que domina as situações por meio de ações imputáveis; ao mesmo tempo, ele é também *produto* das tradições nas quais se encontra, dos grupos solidários aos quais pertencem e dos processos de socialização nos quais se cria.

Nesta modelagem não há repartições entre os que planejam e os que executam e utilizam os serviços de saúde. Portanto, esta teoria implicaria todos os sujeitos sociais no planejamento das ações de saúde, reforçando o seu caráter estratégico imprescindível para mudar a forma de organização dos serviços e de práticas na ABS em direção à Integralidade, agindo na consciência coletiva e individual dos sujeitos que operam o SUS.

No entanto, o planejamento é entendido como prestação de contas ao gestor local. Está constatação limita a capacidade de intervenção dos sujeitos sociais sobre os problemas de saúde, reduz o significado das práticas de saúde, colocando em risco a resolubilidade destas, principalmente quando considerarmos a realidade dos serviços públicos de saúde, que contam com recursos escassos e sobre os quais o planejamento poderia assegurar a efetividade das ações e dos serviços.

No caso estudado, o planejamento estratégico ainda não foi sequer cogitado como possibilidade de conferir Integralidade à organização dos serviços. Para Paim (2006), o planejamento em saúde se constitui como método, ferramenta, instrumento ou técnica para gestão, sendo um compromisso com a ação que pode se conformar como uma prática social que, ao tempo que é técnica, é também política, econômica e ideológica.

Em outro ponto observa-se que o planejamento das ações de saúde é entendido como ordenamento de tarefas, pontual, centralizado na figura do gestor e de caráter normativo. Indo ao encontro da constatação da dissertação de mestrado de Silva (2006, p.203) onde se evidencia que

nas USF o planejamento em saúde se constitui como uma atividade que muitas vezes se resume em reuniões de equipes, sem a participação da comunidade, assim como de alguns membros da equipe e com deliberações normativas que se distanciam consideravelmente das possibilidades de articulação coletiva entre os sujeitos sociais que defendem a construção participativa, dialógica, centrada na ação comunicativa para o entendimento mútuo.

Esta constatação traduz uma ABS com organização de serviços e de práticas distanciados do princípio da Integralidade, pela inexistência de espaços de escuta, de diálogo, de encontro entre os sujeitos coletivos. Repercute também na falta de implicação dos profissionais da saúde com o êxito das ações implementadas.

Portanto, considera-se como importante que as PSF atuem frente aos problemas sociais a fim de justificar-se como estratégia de reorientação das práticas de saúde, que busca a identificação e intervenção dos problemas locais de saúde/doença na direção de formas de organização de serviços e de práticas mais eficazes, resolutivas e integrais.

Já quanto à última modalidade de planejamento das ações de saúde que emergiu nas enunciações, esta foi a do planejamento das atividades clínicas, que se articula com o modelo hegemônico de atenção à saúde e reafirma a centralidade que a clínica nesse desenho de atenção à saúde. Além disso, esta identificação demonstra o distanciamento das práticas na ESF com esta tecnologia de gestão, indicando a ausência do uso de ferramentas gerenciais.

Dado que planejar é dar direção aos sujeitos, onde não há planejamento entende-se que existe a falta de direção na organização. Isto significa que a USF estudada é uma organização onde todos trabalham, mas não sabem bem para que trabalham, e esta lacuna anula o significado das práticas de saúde e alienam de modo determinante os sujeitos sociais envolvidos.

5.3 O MODO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste estudo de caso pode-se observar, com base nos discursos do quadro 8 abaixo, vários divergências: primeiro, em relação a existência de monitoramento das ações de saúde, depois em relação ao agente que o operacionaliza, e por último no modo como é realizado este monitoramento.

Quadro 8 – Modo de monitoramento das ações de saúde na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
O monitoramento das ações de saúde na USF	[...] É o acompanhamento (feito) pela supervisão. [...] ele é feito através do Distrito, da secretaria de Saúde, né; através da supervisão técnica. Aqui na unidade são as nossas supervisoras, a enfermeira [...].	ACS	Negativo: Acompanhamento das ações dos trabalhadores apenas referido a âmbitos externos à USF ou por profissional de grau superior.
	[...] através da gerente, parece que (refere-se à coordenação do DS), é a gerente da..., como é que é? É unidade né, da unidade ferroviária, ela sempre vem aqui e tal e fiscaliza, pergunta como é que vai, e essas coisas todas. [...]	Médico	Negativo: Acompanhamento das ações entendido como ação pontual, com caráter fiscalizador.
	[...] A gente faz um acompanhamento, assim, tudo que fulana (refere-se à enfermeira) faz, qualquer tipo de ação que ela faz, ela é, envia pra mim um relatório que eu peço a ela, fica tudo arquivado os relatórios, a gente envia depois pra [...], lá no Distrito.[...]	Gestor	Negativo: Acompanhamento das ações através de relatórios para prestação de contas.
	[...](sobre a existência do monitoramento das ações)Do meu conhecimento não.[...]	Técnica de enfermagem	Negativo: Desconhecimento sobre o acompanhamento das ações de saúde.

Com relação à divergência sobre a existência do monitoramento das ações de saúde, pode-se depreender que esta atividade, quando executada, além de não garantir a participação dos sujeitos da unidade, não é divulgada para os profissionais, sendo que os resultados deste acompanhamento são desconhecidos, portanto este modo de monitoramento pouco contribui para a mudança da organização dos serviços e de práticas de saúde.

Em contrapartida, Pinheiro, Silva Junior e Mattos (2008) destacam os atributos que tornam as práticas mais permeáveis à prática da integralidade:

- 1 Interações democráticas entre sujeitos em suas práticas cotidianas;
- 2 Inclusão dos usuários na definição de suas necessidades e na tomada de decisão sobre ofertas de alternativas de cuidado; e
- 3 Elevada potência formativa, sendo capaz de produzir conhecimento que gera novos valores e respostas qualificadas às necessidades dos usuários.

Na USF estudada, o potencial do monitoramento das ações de saúde é extremamente limitado, considerando-se a inexistência de espaços de diálogo, que o monitoramento destas ações é desconhecido pelos os sujeitos implicados no processo de trabalho em saúde, e a inexistência de planejamento e avaliação das ações de saúde.

Outro aspecto relevante para análise foi que o monitoramento das ações de saúde é executado por agentes externos à USF, estando vinculado à idéia de que o acompanhamento é papel dos indivíduos de grau superior e que exercem controle sobre os demais. Neste sentido, o estudo de caso mostrou que o acompanhamento, entendido como supervisão/fiscalização, é executado por níveis hierárquicos mais altos sobre aqueles níveis mais baixos. Este fato está relacionado com a concepção taylorista/fordista do modelo de gestão predominante na USF, que está voltado à captura e alienação dos sujeitos e não para libertação destes para utilizar da sua capacidade criativa.

Vale ressaltar que etimologicamente o termo supervisão é uma expressão de origem latina, que significa eu vejo. Ou seja, trata-se de uma ação individual exercida por pessoas que ocupam formalmente uma posição de mando. É preciso destacar que a supervisão e o monitoramento não são sinônimos, pois a ação de monitorar não está ligada necessariamente ao exercício formal de função gestora, e sim ao acompanhamento sistemático dos serviços e das práticas de saúde.

Portanto, baseando-se na definição de Hartz e Silva (2008, p.16), o monitoramento corresponde ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços, configurando-se na atenção básica em acompanhamento das práticas de saúde e dos indicadores, sejam eles do serviço, epidemiológicos ou sociais para validação do planejamento em saúde, das políticas e das programações em saúde, onde todos os indivíduos implicados no processo podem e devem monitorar os serviços e as práticas, tomando-se como referencial os modelos organizativos mais próximos da integralidade.

Também o Ministério da Saúde afirma que o monitoramento é parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e de indicadores de saúde, selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e obtidos os resultados esperados (BRASIL,2005).

A partir do momento que não se compreende o significado do que é monitoramento das ações na USF, isto implica dizer que esta atividade não é implementada na USF.

Por conseguinte, o resultado deste estudo de caso articula-se com o resultado da pesquisa de Facchini et. al. (2006) sobre a avaliação de desempenho do PSF no Sul e no Nordeste, onde afirma que a utilização de relatórios periódicos para a tomada de decisão é rara, devido à sobrecarga de trabalho das equipes nos municípios e à necessidade de capacitação para as atividades de monitoramento e avaliação.

Registra-se também no quadro 8 a afirmação do gestor local que este acompanha as ações de saúde através de relatórios elaborados pela enfermeira, o que implica negativamente na aproximação da gestão da USF com o princípio da integralidade, pois este modo anula a face dialética do monitoramento das ações de saúde.

Baseando-se em Conill (2006) identifica-se três princípios que devem ser considerados no monitoramento das ações de saúde: a parcimônia, representada na seleção consensual dos indicadores que se mostrem válidos e viáveis para os diversos níveis de gestão; o diálogo para orientar a escolha de estratégias educacionais, a fim de facilitar as interações de ensino-aprendizado que esses processos irão propiciar; e como último princípio, a continuidade, no sentido da sustentabilidade desta ação e na criação de legitimidade com adesão dos profissionais, gestores e usuários.

A prática de monitoramento detectado na pesquisa avaliativa demonstra a fragilidade da gestão na ABS, constatando-se que esta prática caracteriza-se como práticas operativas

desintegradas, o que caracteriza a USF como o lócus de práticas de saúde recortadas e sem objetividade.

5.4 O MODO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As enunciações no Quadro 9 demonstram a avaliação das ações de saúde na USF. Em um primeiro momento pode-se verificar uma divergência quanto a existência ou não de práticas avaliativas. Esta divergência acontece por dois motivos: o primeiro, refere-se as concepções equivocadas no que cerne ao processo avaliativo, e o segundo pode ser compreendido por uma avaliação de fluxo unidirecional, onde existem o avaliador e o avaliado, sendo que o último não conhece o processo avaliativo, não sabe por quem é avaliado e com que objetivo.

Quadro 9 Avaliação das ações de saúde na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
A avaliação das ações de saúde na USF	[...] é eu vou chamar de avaliação por que quando a gente faz as nossas reuniões é cobrado, ou seja , é perguntado o que está sendo feito, então eu vou chamar de avaliação [...]	ACS	Negativo: Avaliação das ações de saúde feita de forma verbal, assistemática, pontual como uma forma de prestação de contas.
	[...] A avaliação é feita, mais é feita de forma verbal, vamos supor, hoje (vamos) ter a reunião geral e eu vou (perguntando) a fulano, e aí fulano o que foi que [...] (achou) da feira de Saúde [...].	Gestor	
	[...] eu estou sobrecarregada, então eu não tenho tempo para fazer avaliação, um exemplo, como está a minha gestante, como está o meu adolescente, né, será que este adolescente está sendo acompanhado realmente.[...]	Enfermeira	Negativo: Avaliação das ações de saúde entendida como monitoramento clínico dos usuários.
	[...] (sobre a existência da avaliação) também não.[...]	Técnica de enfermagem	Negativo: Inexistência da avaliação das ações de saúde.

Estas constatações reforçam os achados de Felisberto (2004). Apesar da avaliação dos serviços e programas de saúde está incorporada às diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e na Política Nacional da Atenção Básica de Saúde, a implantação e implementação desta prática inserem-se num contexto político e técnico incipiente, pouco incorporado à prática dos serviços e

do sistema e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão.

Outro aspecto interessante é a forma como é realizado processo avaliativo nomeado como tal pelos sujeitos da pesquisa: de maneira verbal e assistemática, pois não é utilizado nenhum roteiro/instrumento neste processo; pontual porque não possui uma regularidade pré-determinada, sendo muito mais uma prestação de contas por parte dos profissionais de saúde ao gerente de unidade.

Quanto a outro sentido da avaliação das ações de saúde detectado, nas enunciações dos entrevistados, é o de acompanhamento clínico dos usuários da USF, o que reforça o total distanciamento destes trabalhadores com práticas avaliativas. Para Felisberto (2004) é importante o engajamento de gestores do PSF nos municípios, para que sejam ser vistos como protagonistas privilegiados da institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação, e para que esta se dissemine entre os profissionais e usuários da USF.

Tanto a constatação de que a avaliação das ações de saúde é feita de forma verbal, assistemática, e pontual ou como uma forma de prestação de contas, como a avaliação das ações de saúde entendida como uma ação de monitoramento clínico do usuário remetem a uma prática avaliativa frágil, distanciada do princípio da Integralidade, onde impera uma lógica hierarquizante, que toma o sujeito do processo como objeto de práticas avaliativas sem utilizar a capacidade dialógica e formativa que pode ter o processo avaliativo.

Nesta direção, para Hartz e Silva (2008) a avaliação pode ser entendida como uma prática pontual que se refere ao julgamento sobre as características do serviço de saúde em um determinado ponto do tempo. A avaliação, segundo Hartz, Felisberto e Silva (2008) confere a todo processo a possibilidade de um elevado grau de aprendizagem, ou seja, a avaliação feita de forma pontual e assistemática e ou como uma ação de monitoramento clínico representa uma completa distorção daquilo que se pretende com a institucionalização desta prática.

As enunciações destacadas anteriormente demonstram o estado da gestão na USF caso e a necessidade de apropriação deste processo pelos sujeitos sociais envolvidos nesta prática. Como afirma Hartz, Felisberto e Silva (2008, p.119), a institucionalização da avaliação envolve um processo de apropriação sobre as ferramentas conceituais e metodológicas das pesquisas avaliativas pelos gestores municipais em diferentes âmbitos, enfatizando os que se ocupam do PSF, de modo a inserir tais em seu cotidiano de trabalho.

Diante da avaliação proposta neste estudo de caso e considerando Pinheiro, Silva Junior e Mattos (2008) quando abordam as práticas avaliativas como amistosas à integralidade na ABS, dado que podem qualificar as normas, protocolos e rotinas e criar potência formativa no sentido de propor novos modos de operação para responder as demandas do processo saúde-doença, pode-se identificar a lacuna que o não enfrentamento da demanda de institucionalizar a avaliação pode gerar na ABS.

5.5 O DETERMINANTE NA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Quadro 10 pode-se perceber que a lógica de implantação dos serviços de saúde não se coaduna com as necessidades em saúde dos usuários, e que o traço determinante para implantação dos programas básicos do ministério da Saúde é a expertise profissional.

Quadro 10 A implantação dos serviços na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
A implantação dos serviços na USF	[...] eu colocava DIU em todas aquelas adolescentes para evitar gravidez de alto risco, [...] (porque) as pessoas não gostam de tomar pílula e tal, e eu quero implantar aqui também, na unidade. [...]	Médico	Negativo: Implantação de serviço baseado no saber profissional.

Considerando-se que a equipe básica no programa de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) que a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde, deve produzir um cuidado integral de saúde.

Destacando a importância de conferir integralidade à organização dos serviços e de práticas, Giovanella (2010) afirma que comparações internacionais mostram que uma robusta atenção primária em saúde, com serviços de primeiro contato integrados a rede assistencial, com oferta integral de ações e estabelecimento de vínculo longitudinal promove impactos positivos sobre a situação de saúde e produz ganhos de eficiência.

A constatação da dissonância entre o perfil exigido do profissional médico da ESF e a sua formação, sendo que na unidade-caso a lógica da especialização e da experiência do profissional, é um dos fatores determinantes para implantação dos serviços de saúde, sendo que tal prática pouco contribui para organização de redes integrais de serviços de saúde.

Neste sentido, Malta e Santos (2003) destacam que o PSF mistifica o médico generalista, como se essa “especialidade” médica conseguisse implementar novas práticas de saúde junto a população, e sugere se não seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade os profissionais já existentes no mercado, principalmente os médicos das áreas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica geral), inserindo-os em novas práticas, responsabilizando-os por determinados serviços que permita a integração da rede assistencial e das práticas de saúde.

No entanto, parece superficial a idéia de se modificar perfil do profissional de saúde após um processo de formação centrado na lógica da especialização, é ilógico acreditar que mesmo que a formação médica dialogue com práticas especializadas e os perfis dos serviços estejam estruturados em um modelo tecno-centrado, a estratégia de saúde da família venha se tornar em uma “ilha” de profissionais de saúde generalistas.

Outro traço marcante na enunciação apresentada é a indicação de métodos de modo compulsório, sem análise da situação de saúde e dos interesses da população de mulheres a ser atendida na USF.

Portanto observa-se que há, mesmo na Unidade de Saúde da Família, uma disputa do modelo de atenção à saúde tradicional e hegemônico com a proposta do Sistema Único de Saúde, havendo a necessidade de integrar os serviços e as práticas de saúde para se contrapor a uma atenção básica seletiva, como programa paralelo, com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido aos pobres (GIOVANELLA, 2010).

5.6 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os discursos do quadro 11 apresentam o estado da participação social na USF:

Quadro 11 Participação social na USF, Salvador, Bahia, 2009

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
A participação social na USF.	[...] Não, não participo (das atividades da unidade) e nunca fui convidado, o que fui convidado apenas foi é..., o período pra..., é um conselho que foi criado, e eu fui chamado. [...]	Usuário	Negativo: Ausência de compreensão sobre a participação e de participação social da comunidade na gestão da USF.
	[...] (sobre a existência de espaços de participação do usuário no planejamento e avaliação da USF) do usuário não, isso aí eu não faço não, nunca fiz isto, porque em conversas com alguns gerentes mais experientes, eles chegam falam assim ó (fulana), não vou falar isso não, se não posso tá comprometendo esses gerentes [...].	Gerente	Negativo: Inexistência de iniciativas na construção de espaços de participação do usuário na gestão.
	[...] não sinto, é..., confiança por parte até da administração, da gerente [...] vejo que não funciona (o sistema público de saúde), pra eu estar presente nessas ações aí, o povo tá me cobrando, eu não apresentar (resultados), aí vai ficar mau pra mim, eu prefiro tá de fora.[...]	Usuário	Negativo: Inexistência de relação mínima de confiança entre gestor e representação de usuários. Descrença no sistema público de saúde que gera temor em participar e se comprometer com os resultados dos serviços prestados pela USF.
	[...] Existe (participação dos usuários), de vez em quando eu me desloco pra fazer esclarecimentos, fazer palestras, sobre determinados assuntos. [...], e de um modo geral, depois destas palestras, as pacientes começam a nos pedir pra realizar mamografia, ultrasson. [...].	Médico	Negativo: Participação social popular entendido como presença a atividades promovidas pela USF/profissional.

Neste quadro são apresentados diversos aspectos da participação social na USF: ausência de participação social, as dificuldades enfrentadas pelo gerente da unidade para implantar o conselho local, ao mesmo tempo que revela a concepção equivocada do profissional sobre participação, bem como o temor da representação dos usuários em se comprometer com a gestão da USF.

Estes resultados são muito divergentes da característica esperada da USF que é de favorecer a integração de gestores, profissionais de saúde e usuários. Os achados da USF indicam que inexistiu investimento da gestão no campo da articulação com a comunidade local, o que indica ser uma constante no município de Salvador, conforme estudos de Santana (2008) e Santos (2009), onde afirmam a fragilidade do Conselho Municipal de Saúde frente à secretaria municipal desta cidade.

Estes achados, dentre os quais a ausência de participação social coaduna-se com o estudo de Matumoto (2003), que aponta a ausência de participação do usuário como sujeito nos processos de cuidado a saúde e afirma que este é colocado fora do âmbito das decisões na atenção básica.

Registre-se que não há uma preocupação do gerente em garantir espaços de participação do usuário no planejamento e na avaliação das ações de saúde da USF. Fica evidente que garantir espaços de participação social está vinculado à questão de distribuição de poder, de revelar as lutas sociais que se estabelecem no cotidiano da vida em comunidade e que o gestor local das USF não é engajado nesta prática.

Considera-se que possibilitar estes espaços ao usuário daria a chance de assumir que a relação com o profissional de saúde e a gerência não é harmônica e sim de dominação, de questionar serviços e práticas de saúde além de colocar demandas sociais como problemas de saúde, onde a equipe de saúde da família, na prática, não intervém e não acredita que pode intervir (BETTIOL, 2006).

Por outro lado, a enunciação do usuário nos mostra outro motivo da falta de participação: a descrença deste no sistema de saúde que gera temor em participar e se comprometer com os resultados dos serviços prestados pela USF. Este distanciamento, mantém o instituído, a falta de participação do usuário nas equipes de saúde da família, pois segundo Foucault (2005), não existe relação de poder sem correlação com um campo de saber, e nenhum saber que não venha acompanhado de poder, e a permanência do instituído decorre do distanciamento do saber dos gestores, profissionais de saúde e usuários.

Por fim, quanto à compreensão do profissional da USF sobre a participação social revela certo despreparo destes para atuar na ESF, bem como reforça o distanciamento das práticas executadas na USF com o modelo teórico que embasa a proposta desta estratégia.

Consideram-se os apontamentos de Lacerda e Santiago (2007) frente às limitações da participação social na ESF, dentre elas: a não participação dos usuários no planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes e a falta de qualificação dos profissionais e gestores em metodologias de estímulo a participação social. Entende-se que a manutenção deste isolamento entre profissionais e gestores com os usuários dos serviços se dá muita mais pela hegemonia de modelos e práticas que colocam a ênfase na centralidade do médico e do gestor do que pela fragilidade na qualificação do profissional no que tange a participação. E esta afirmação pode ser adotada para os achados neste estudo de caso.

Outro ponto destacado durante a análise dos dados, se relaciona com as iniciativas dos sujeitos sociais em colaborar para realização das atividades e ações básicas no cotidiano da USF.

Quadro 12 Iniciativas do gerente, profissionais de saúde e usuários em atividades na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Colaboração dos sujeitos sociais	[...] forneço as extensões, [...] alicate, uma peça, uma coisa dessa, eu tô sempre lá presente colaborando com o posto [...]	Usuário	Negativo: Iniciativas pontuais e individuais para realização de atividades básicas e do cotidiano da USF.
	[...] nós aqui arrecadamos dinheiro dos próprios funcionários, e a gente (faz) dia das crianças, [...] Páscoa , [...] cesta básica, [...] é o natal sem fome da USF, [...] distribuição de brinquedos para as crianças.	Gerente	
	[...] o nosso portão já consertamos uma vez, no mês de maio, eu gastei do meu bolso, mandei soldar o portão todo [...]		
	[...] inclusive alguns aparelhos eu tenho que adquirir com o dinheiro do meu próprio bolso [...].	Médico	

As enunciações do quadro 12 destacam a forma de colaboração dos sujeitos sociais para assegurar ou apoiar a implementação de atividades na USF, tais como fornecimento de ferramentas e objetos necessários à implementação de atividades; arrecadação financeira entre os profissionais e gerente para realização de atividades lúdicas, financiamento de consertos estruturais na USF e a aquisição de aparelhos pelos profissionais para o atendimento em saúde.

A análise documental também constatou estas ações de “cooperação” financeira dos trabalhadores da USF. Destacam-se o rateio entre os trabalhadores para a compra de microondas, contribuição financeira do gerente para soldagem de portão principal, conserto de cadeiras, conserto de TV, conserto do teto da frente da unidade e aquisição de cadeado; arrecadação de dinheiro na unidade para compra de pirulitos e da roupa do palhaço para campanha de vacinação além de uma senhora da comunidade que se dispôs a cuidar do jardim da USF (Quadro 13).

Tais fatos demonstram a precariedade da organização dos serviços de atenção básica no município, bem como a ineficiência do processo de gestão da SMS, coordenação do distrito sanitário e gestão local da USF.

Quadro 13 Iniciativas do gerente, dos profissionais de saúde e usuários para o funcionamento da USF, Salvador, Bahia, 2009.

TIPO DE DOCUMENTO /ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE/PARA QUE?
Ofício n. 099/09.	Gerência da Unidade de Saúde da Família	Parceria entre os sujeitos sociais em prol da realização de atividades básicas da ESF. (p.1)	Rateio dos funcionários para compra de um microondas e o registro dos gastos da gerente com a unidade: soldagem de portão principal, conserto de cadeiras, conserto de TV, conserto do teto da frente da unidade que estava desabando e aquisição de cadeado.	Funcionamento da unidade de saúde
Ata de reunião de 09 de junho de 2009		Parceria entre os sujeitos sociais em prol da realização de atividades básicas da ESF. (p.65)	Arrecadação de dinheiro na unidade para compra de pirulitos e da roupa do palhaço para campanha de vacinação, transportar preventivos, conserto do teto da unidade e conserto da TV.	
Ata de reunião de 16 de setembro de 2009		Parceria entre os sujeitos sociais em prol da realização de atividades básicas da ESF. (p.75)	Contribuição de cinco reais por funcionário para a festa da criança.	
Ata de reunião de 11 de março de 2009.		Parceria entre os sujeitos sociais em prol da realização de atividades básicas da ESF. (p.58)	Os ACS conseguiram uma senhora para cuidar do jardim da unidade.	

Estes fatos podem ser entendidos por duas vertentes: uma positiva, que demonstra implicação dos sujeitos do nível local em manter o funcionamento do serviço, a despeito da precariedade demonstrada na organização e manutenção dos serviços pela SMS, e outra negativa, que se refere à inexistência de recursos básicos para realização de atividades e ações rotineiras da USF.

Esta situação apontada pelos achados na USF exige dos implicados com a reorientação do sistema de saúde a necessidade de conferir a gestão local dos serviços de saúde autonomia financeira e administrativa para intervir nos problemas locais. De todo modo, os achados também podem indicar uma postura susceptível destes para a participação social e sua relação de co-responsabilidade com a USF.

5.7 A ORGANIZAÇÃO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Quadro 14 apresenta a organização das práticas de saúde na USF. Destacam-se aspectos diversos do cuidado, dentre estes: a fragmentação das práticas de saúde; critérios de atendimento do usuário a partir da patologia apresentada; e atendimento médico baseado na demanda espontânea, configurando-se mais em um pronto-atendimento do que em uma estratégia capaz de reorientar o sistema de saúde.

Quadro 14 A organização das práticas de saúde na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Organização das práticas de saúde na USF.	[...] cada profissional tem sua meta a cumprir, né, no caso do agente comunitário o número de visitas, no caso dos médicos os atendimentos, e enfermagem os atendimentos da sala de vacina, farmácia, curativo e outros. [...]	ACS	Negativo: Distribuição fragmentada de tarefas por categoria profissional; práticas focadas em patologias; práticas não valorizam o vínculo e o acolhimento do usuário.
	[...] às quartas-feiras no período da tarde, que é o dia que nós agendamos pra ela tá atendendo, pacientes de tuberculose e hanseníase trazidos pelos ACS.[...]	Gestor	Negativo: Agendamento de pacientes por patologia e por período da semana implicando em demanda reprimida.
	[...] na verdade o PSF aqui tá mais um ambulatório [...].	Enfermeira	Negativo: Unidade de Saúde da Família funcionando numa lógica de ambulatório.
	[...] (o médico) que chega às 06h30min da manhã e vai até enquanto tem paciente, ele continua no posto, ele (só sai quando termina de atender) [...] 14h em diante ele vai embora.	Usuário	Negativo: Atendimento médico centrado na demanda espontânea.

Esta conformação se distancia muito do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, através da portaria de n. 648, de 28 de março de 2006, que destaca como característica do

processo de trabalho das equipes de saúde da família a oferta de uma assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial.

Além disso, fica evidente que a organização das práticas de saúde na USF é baseada nos programas do MS, que são constituídos com um conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, que guarda estreita relação com o modelo de atenção do Sanitarismo Campanhista. Este modelo, para Paim (1999) se mostra através de uma visão militarista, de combate às doenças de massa, de concentração das decisões e de estilo repressivo de intervenção entre os corpos individual e social. Outro aspecto que reforça esta afirmação quanto à organização das práticas de saúde na USF é que nos discursos foi recorrente o uso de termos de uma medicina de guerra, dentre estes:

[...] quando é época de vacina aqui, eu solicito dos técnicos de enfermagem fazer sempre a operação pente fino, ir de casa em casa. [...] (gerente)

Além disso, nas falas observa-se a divisão de tarefas por categoria, de forma fragmentada, que não contempla as experiências de vínculo e responsabilização, experiências estas que dão um caráter mais integral as práticas de saúde. Franco e Merhy (1999, p.8) afirmam que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência”. Esta parece ser a situação do caso estudado.

Outra revelação interessante é a de que o agente comunitário é o responsável pela realização da visita domiciliar, fato este mencionado em literatura por Feuerwerker (2005) afirmando que apesar das práticas com o coletivo, com as famílias, nas casas, nos locais de trabalho e convivência serem teoricamente uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos agentes comunitários, seguidos pelos profissionais de enfermagem, sendo que a carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte da agenda dos médicos.

Ancora-se em Merhy (2007) para afirmar que o trabalho em saúde na USF é organizado de forma parcelar e compartimentalizado, o que anula a potência do trabalho vivo em ato na sua

capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e descentrar o trabalho dos equipamentos e dos especialistas.

Outro aspecto relevante é a constatação de que não há continuidade na oferta de serviços. As agendas dos profissionais são organizadas por grupos de risco que são atendidos em dias da semana específicos, o que retira a possibilidade de acesso aos serviços da ABS, forçando a procura dos serviços de urgência para resolução de problemas comuns a atenção básica.

Assis (1998) observa que o acesso na rede de serviços da atenção básica de saúde ainda é excludente, no sentido que trabalha com programas verticais, focalizador devido à organização dos atendimentos ainda está centrado na patologia em que o usuário foi acometido e seletivo, pois as necessidades em saúde são submetidas à formatação de programas específicos.

Mesmo depois de onze anos, permanecem as preocupações do estudo de Assis (1998) no estudo de Giovanella (2010), quando afirma que há a necessidade de transformar e regulamentar os sistemas de saúde existentes, em especial a ABS, com o objetivo de acesso universal e resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas. Considera a autora que a atenção primária é coordenadora de uma resposta integrada em todos os níveis, e que requer investimentos consideráveis e mais eficientes do que qualquer alternativa.

Soma-se a estas constatações a de que a lógica de oferta de serviços de saúde é determinada, muitas vezes, pela demanda espontânea e não pela oferta organizada, se assemelhando muito mais a um pronto-atendimento do que em uma estratégia de Saúde da família. Vale ressaltar que conforme Texeira, Paim e Vilasboas (1998) esta modelagem de oferta era própria do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em contrapartida, para Giovanella (2010) se consegue fazer uma atenção integral e trabalhar melhor com os grupos prioritários no atendimento da demanda espontânea, na medida em que se incorporam ações preventivas e de promoção da saúde, identificando os grupos de riscos, agendando e estruturando melhor a demanda.

No entanto, entende-se que a ESF não deve possuir barreiras que impeçam a atenção à saúde dos indivíduos, e que existência de normas que limitam a capacidade de analisar caso a caso e atender as necessidades de saúde dos usuários, colocando a lógica burocrática distorcida como foco principal do processo de trabalho em saúde.

Estas considerações corroboram para a hipótese apresentada pelo em estudo de caso em que afirma o distanciamento da forma como se organiza os serviços e as práticas de saúde na atenção básica com o princípio da integralidade.

6 AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A avaliação da dimensão das práticas profissionais na USF-caso ancora-se na definição de Mattos (2001) que coloca como um dos sentidos da integralidade o que se expressa na dimensão relacionada à busca do profissional e do serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta.

Nesta direção, durante a análise dos dados emergiram algumas categorias sobre as práticas dos profissionais de saúde, dentre estas: o acolhimento aos usuários, as atividades educativas, as visitas domiciliares e os encaminhamentos dos usuários na USF.

As práticas profissionais, reveladas neste estudo avaliativo remetem ao que afirmam Pinheiro e Mattos (2005) sobre os serviços de saúde. Estes se constituem em cenários vivos, onde atuam atores sociais distintos, gerando diferentes percepções sobre a produção de ações e serviços.

Corroborando Merhy (2007, p.26) ao afirmar

[...] que somos testemunhas, no dia a dia dos nossos serviços, que são muitos os que falam em integralidade e que isso não, necessariamente, significa que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário. Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo centrados.

No que se refere ao acolhimento, quadro 15, aos usuários na USF-caso pode-se destacar os seguintes resultados: ausência de um serviço de recepção e a inexistência de práticas de acolhimento.

Quadro 15 O acolhimento aos usuários na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
O acolhimento aos usuários da USF.	[...] o pessoal da recepção, sempre que se chega não se tem (ninguém lá)[...] , e eu [...] já comentei com a gerente [...], que precisa ter essa pessoa na recepção, é por isso que [...] as pessoas (ficam) agressivas [...] pela falta de	Usuário	Negativo: Ausência de serviço de recepção e de práticas de acolhimento.
	[...] às vezes [...] não tem ninguém pra marcar e manda ir outra hora, não tem mais vaga que já preencheu [...]	Usuário	

Para Aquino (2002) as equipes de saúde da Família devem basear suas práticas nos seguintes princípios:

- 1 acolher e escutar todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, dando respostas positivas e se responsabilizando em resolver os problemas de saúde da população;
- 2 reorganizar o processo de trabalho a fim de que se desloque do médico para equipe de acolhimento/multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- 3 qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Pode-se considerar que a USF-caso não atende a estes princípios.

Percebe-se que há um hiato entre o proposto e o cotidiano da USF-caso, onde constata-se a inexistência sequer de um serviço de recepção destinado a informar os usuários sobre os serviços e organizar minimamente o atendimento em saúde.

Por outro lado, o achado do quadro 15 diverge dos resultados de estudos recentes nesta temática, sendo que estes últimos detectaram a existência, minimamente, de um serviço de triagem para viabilizar o atendimento clínico, sendo o último uma forma de ordenar o atendimento clínico. (TEXEIRA; SOLLA, 2006, p.217).

Compreende-se que a o acolhimento é um dispositivo para as práticas profissionais de modo que possam efetivamente atender as necessidades em saúde da população usuária e assumir um caráter mais integral.

No entanto, neste estudo, confirma-se a assertiva de Merhy (2007), quando afirma que as práticas de saúde são produzidas a partir dos territórios nucleares das profissões - que podemos chamar de modelos médico hegemônicos, pela força representativa que esta categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde -, têm tido a força de capturar várias categorias analíticas, dispositivos do anúncio de novas práticas e torná-las *grávidas* de outros sentidos. O conjunto das práticas centradas em procedimentos profissionais, na saúde, tem expressado este tipo de ação hegemônica.

Ressalta-se que a inexistência de práticas acolhedoras anula qualquer possibilidade de Integralidade e, por conseqüência, vínculo e responsabilização, pois o acolhimento é um dispositivo do modo de organização de serviços e práticas, que desloca o eixo central, do médico para o coletivo de sujeitos envolvidos no trabalho em saúde, ocupando-se de três dimensões: uma que pressupõe a atitude da equipe de saúde, outra que envolve o acolhimento enquanto técnica, outra que aborda o acolhimento como ação gerencial e por último o acolhimento como diretriz política.

Portanto, considera-se o acolhimento como um dispositivo para as práticas profissionais de modo que possam efetivamente atender as necessidades em saúde da população usuária e assumir um caráter mais integral.

No entanto, os resultados expressam que apesar de existir uma política nacional de humanização desde 2004 os profissionais desta USF ainda não incorporaram a humanização como uma demanda dos usuários para o atendimento das necessidades em saúde da população.

Outra categoria que emergiu nesta dimensão das práticas profissionais foi a das atividades educativas na Unidade de Saúde da Família, conforme quadro 16, onde as enunciações retratam três aspectos importantes: práticas educativas confundidas com eventos festivos; práticas educativas compreendidas como informações pontuais sobre doenças e práticas educativas como atividades dos ACS.

Quadro 16 As atividades educativas na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
A educação em saúde na USF	[...] Eu não conheço atividade educativa, ela (a gerente) promoveu por duas vezes, [...] em datas assim específicas, dia da criança e Natal, uma mini festa para as crianças e tal [...].	Usuário	Negativo: Práticas educativas confundidas com eventos festivos.
	[...] de vez em quando, eu me desloco pra [...] fazer palestras, sobre determinados assuntos, a secretária muitas vezes nos aponta falar sobre diabetes, [...] câncer de próstata, câncer de mama.	Médico	Negativo: Práticas educativas compreendidas como informações pontuais sobre doenças.
	[...] os ACS fazem palestras extra-muro aqui na unidade, inclusive eu mando as fotos para coordenação do distrito. [...]	Gerente de unidade	Negativo: Práticas educativas como atividades dos ACS.

Para esta análise, adota-se a definição de educação em saúde compreendida como processo político pedagógico focado em um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar uma realidade e propor ações transformadoras que possibilitem aos sujeitos sociais o exercício de sua autonomia e da sua emancipação enquanto sujeito histórico e social (MACHADO et. al, 2007, p.341).

A compreensão encontrada neste estudo de caso articula-se a concepção de atividades educativas ora como palestras informativas ora como atividades festivas, o que denota a falta de espaços educativos que possibilitem a reflexão crítica para intervenção dos problemas e necessidades dos sujeitos do processo.

Conceber que as atividades educativas têm caráter meramente informativo implica em anular a possibilidade de aprendizagem, tão necessária para a mudança do modelo de atenção a saúde. Sendo que realização de palestras na unidade de saúde da família focada em aspectos

biológicos perpetua a falta de diálogo e o distanciamento das práticas de saúde com a Integralidade.

Alguns estudos convergem para este achado, como o de Silva, Silva e Lonsing (2006) que constata que os membros da equipe de saúde da família desconhecem os princípios teórico, metodológicos e filosóficos desta estratégia e que isto implica na desarticulação entre as ações de saúde e de educação, não se efetivando a primeira no plano da prática profissional.

Finalmente, destaca-se a fala da gerente de unidade que atribui como responsabilidade do agente comunitário a realização de atividades educativas, fato este que foi identificado na análise documental e que segue a lógica de outros estudos considerados neste trabalho, como o de Feuerwerker (2005) e Conh (2009).

O estudo de Feuerwerker (2005) afirma que as atividades coletivas na ESF estão sob a responsabilidade dos agentes comunitários e as atividades individuais sob a responsabilidade dos profissionais de nível superior e o estudo de Conh (2009) destaca o papel normatizador do agente comunitário de saúde que se baseia nas informações pontuais sobre a doença, oferecidas pelos profissionais de saúde para orientar os usuários.

No caso em questão a constatação de que as ações educativas se restringem em palestras pontuais sobre doenças e que é muito mais uma demanda do trabalho do ACS do que dos outros profissionais de saúde.

Este fato remete a o modelo médico hegemônico centrado no pronto-atendimento e na especialidade o que implica no distanciamento dos profissionais com os usuários e na negação destas possibilidades de encontros representada nas práticas educativas. Sendo que dentre os determinantes observados para este achado, considera-se três: a falta de instrumentalização dos profissionais e gestores para responder a demandas relativas à saúde numa perspectiva integral, a falta de condições estruturais para execução destas práticas e a falta de interesse político dos gestores deste sistema em garantir a execução destas práticas.

Por fim, os resultados do caso em estudo indicam para uma prática profissional voltada para o pronto-atendimento em saúde, que não valoriza os espaços de diálogo, e nem práticas de saúde que estão próximas do princípio da Integralidade: a educação em saúde.

Em outro ponto, este estudo teve como penúltima categoria que emergiu na análise dos achados a das visitas domiciliares na Unidade de Saúde da Família, que conforme o quadro 17, revela algumas características desta atividade de acompanhamento dos indivíduos e das famílias na USF em estudo.

Quadro 17 As visitas domiciliares na USF, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
As visitas domiciliares na USF	[...] a reclamação (da comunidade), de que nunca mais viu os agentes, (eles) não frequentam a casa deles.[...]	Usuário	Negativo: A inexistência de visitas domiciliares dos ACS à comunidade.
	[...] a gente cobra dos ACS, pra nas visitas. pra eles tá fazendo pesagem, fazendo a linha de acompanhamento lá da criança, se tá subnutrida ou não [...].	Gerente de unidade	Negativo: Atribuição da visita domiciliar apenas aos ACS.
	[...] eu sempre tiro um dia na semana, pra ir às casas das pessoas [...] eu faço visitas domiciliares [...] (para as) pessoas (que) estão sofrendo (acometidas por alguma patologia), pessoas idosas [...].	Médico	Negativo: Visita domiciliar do médico é motivada por critérios de idade e existência de alguma patologia.

Em primeiro lugar, a falta de visitas domiciliares pelos ACS à comunidade pode gerar descontinuidade do acompanhamento em saúde dos indivíduos e, além disto, descaracterizar o PSF, pois para Mandú *et. al* (2008) a visita é meio importante de aproximação entre o Programa de Saúde da Família e as famílias, favorecendo o acesso aos serviços, a construção de novas relações entre os usuários e a equipe e a formação de vínculo entre estes. Podendo se constituir

em uma alternativa ao acesso a cuidados clínicos e à vigilância à saúde, reiterando-se a prática realizada.

Tal afirmação aponta para a importância da realização das visitas domiciliares pelas equipes de saúde da família, sendo que tal atividade possibilita a construção de vínculos, responsabilização e de uma atenção integral. No entanto, o caso estudado é dissonante a esta possibilidade, na medida em que a oferta de visitas domiciliares é centrada no agente comunitário de saúde e é pouco frequente.

Um outro ponto de discussão seria a cobrança de visitas domiciliares por parte da gerência da USF, centrada nos agentes comunitários, fato também observado em análise documental, inclusive com a implantação de instrumentos de controle e supervisão dessa atividade. No entanto, a Portaria Ministerial de n. 648 de 28 de março de 2006 estabelece que a visita domiciliar é uma atribuição de todos os profissionais das ESF.

O estudo de Feuerwerker (2005) revela que no entendimento coletivo dos profissionais, usuários e gestores das unidades básicas de saúde, as ações de âmbito coletivo, como visitas e ações de educação em saúde, é uma atribuição para os profissionais de saúde ou trabalhadores situados abaixo na escala hierárquica da organização de serviços de saúde. O médico e o odontólogo, e muitas vezes o enfermeiro, assumem atribuições voltadas ao atendimento clínico em consultórios.

O estudo de caso em questão converge para esta constatação na medida em que a cobrança da realização deste tipo de atividade é considerada como responsabilidade principal do ACS, diante disto questiona-se: qual é o preparo técnico deste profissional para responder isoladamente às necessidades em saúde da comunidade adscrita pela USF?

Considera-se Cohn (2009) ao destacar que o trabalho do agente comunitário tem um traço normatizador, de conteúdo controlador, muitas vezes representando um papel pré-determinado, independentemente da heterogeneidade do perfil do usuário sob a responsabilidade do serviço ou dos profissionais. No PSF tais ações geralmente abrangem: lembrar ao usuário para não esquecer da consulta ou do exame; obedecer à prescrição médica se tornando um “prestador de favores”, sobretudo diz respeito ao agendamento de consultas e exames e providenciar medicamentos prescritos.

Nesta direção, entende-se que a inserção da equipe de saúde da família na realização da visita domiciliar pode potencializar esta prática de visita domiciliar de modo expressivo em

direção ao princípio da integralidade. Isto se dá porque se tal atividade fosse organizada e praticada conjuntamente, a conjugação de saberes e práticas dos diferentes profissionais poderiam conduzir para uma atenção mais resolutiva e integral.

Por outro lado, conforme Franco e Merhy (1999) as visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas muito graves: um, diz respeito à otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, e o outro diz respeito ao fato de que isto pode significar uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. E no caso em questão observa-se que os ACS são cobrados pelo gerente de unidade para realização de visitas compulsórias, na medida em que, cobra a produtividade e o preenchimento de formulários que documentem a realização das visitas e não os processos de trabalho em saúde que esta atividade deve disparar.

Entende-se que a visita domiciliar não se encerra na execução desta atividade, emergem muitas demandas deste encontro que requerem a articulação dos profissionais e serviços de saúde para a resolução dos problemas de saúde da comunidade e o atendimento de suas necessidades. E isto pode ser uma dos determinantes da pouca freqüência das visitas domiciliares pelos ACS, a perda de sentido desta ação.

Por fim, o estudo de Mandú et. al (2008) aponta para limites da visita domiciliar no PSF, dados pela sua concentração em torno de procedimentos clínico-educativos e de ações estratégicas de vigilância, direcionadas aos indivíduos, que situam como secundários a produção de autonomia, a promoção da saúde, o cuidado amplo as necessidades e ao núcleo familiar.

Nesta direção, os achados do quadro 17 convergem para está situação quando consideramos que tanto os critérios para execução das visitas domiciliares, como a destinação desta atividade ao agente comunitário associado a sua pouca freqüência demonstram que o objetivo primordial das práticas desta USF é garantir o pronto-atendimento da demanda espontânea dos usuários que se dirigem até a comunidade, achado que se articula com a prática das unidades básicas tradicionais.

Encerra-se este ponto de discussão com a reflexão provocada por Franco e Merhy (1999) quando afirma que o PSF, apesar de perceber os problemas que atuam no modo de atenção à saúde, é engolida pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado. E constatam que, inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Finalmente o último ponto relacionado à dimensão das práticas profissionais encontrado nesta pesquisa avaliativa está relacionado ao encaminhamento dos usuários na unidade de saúde da família conforme os discursos apresentados no quadro 18.

Quadro 18 O encaminhamento dos usuários da USF a outros serviços de Saúde, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
O encaminhamento dos usuários a outros serviços de Saúde.	[...] ainda recebo um monte de pacientes aqui na minha sala me pedindo encaminhamento, [...] me ajude para eu ir pra unidade de fulano, pra tá fazendo meus dentes, que aqui tá sem dentista [...].	Gerente	Negativo: Inexistência de mecanismos de referência e contra-referência. E o acesso a serviços de saúde, percebido pelo usuário, como um favor pessoal.

Fica evidente a inexistência de mecanismos de referência e contra-referência, prática organizativa tão essencial para o atendimento do princípio da integralidade, sendo constatado que o encaminhamento dos usuários a serviços de saúde é visto como iniciativa individual do profissional, a partir do pedido do usuário.

Conforme Kantorski et al (2006), a fragilidade do sistema de saúde em oferecer fluxos seguros de referência e contra-referência compromete significativamente a materialização da integralidade na atenção à saúde, considerando que o modo de organização do sistema de saúde brasileiro é hierarquizado, e o primeiro contato do usuário, na maioria das vezes, é na rede de serviços de atenção básica.

Corroborando Giovanella (2010) ao indicar que a implantação da atenção básica em saúde, como espaço de coordenação de uma resposta integral da atenção à saúde, é determinada pela estruturação de uma rede de serviços de saúde organizados e articulados para o atendimento integral, tanto das coletividades como dos indivíduos, e pela prática de referência e contra-

referência, que vai além do simples encaminhamento verbal, mas significa estabelecimento do vínculo, acolhimento e responsabilização, inclusive em assegurar o atendimento em outros serviços de saúde, quando necessário.

Desta perspectiva, o caso em estudo não se aproxima do princípio da integralidade, a inexistência de um modo estruturado sequer de encaminhamento aos usuários demonstra que as necessidades em saúde destes usuários não são atendidas, pois a atenção básica de saúde não tem condições de oferecer respostas a todas as necessidades em saúde da população adscrita.

Em outro ponto, a atenção básica não pode ser considerada como uma porta de entrada rígida e auto-determinada ao sistema de atenção à saúde, numa realidade onde inexistente um sistema de referência e contra-referência, e onde a atenção básica encontra-se caracterizada como espaço destinado as práticas de baixo custo e pouco resolutivas. Estas características obrigam o usuário buscar serviços que lhe ofereçam atendimento imediato, administração de medicamentos, realização e avaliação dos exames laboratoriais que são as unidades de urgência/emergência, os prontos atendimentos vinculados às unidades básicas de saúde.

No caso estudado, a falta de dentista na USF não foi identificada como uma demanda dos profissionais de saúde em garantir o atendimento em outra unidade, mas o usuário é que procura a gerência da unidade para pedir que encaminhe a outra unidade.

Por outro lado, a desarticulação das esferas de atenção à saúde, a falta de uma decisão política para assegurar o atendimento aos usuários de suas necessidade através de dispositivos de organização e articulação da rede de serviços implica de modo significativo no resultado do caso deste estudo.

Neste sentido, Feuerwerker (2005) destaca que a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde são organizados por níveis – atenção básica e atenção especializada (dividida em média e alta complexidade) - e não há mecanismos de articulação.

No caso observado, não foi encontrado nem na análise documental nem nas enunciações ações para garantir o atendimento ao usuário na rede de serviços de atenção básica nem em outros níveis de atenção. A enunciação do quadro 18 demonstra que o encaminhamento no mesmo nível de atenção é visto como um favor pessoal, sendo o usuário quem decide sozinho qual serviço ele irá procurar. Sendo que esta constatação demonstra a fragilidade do vínculo e responsabilização na unidade de saúde da família estudada.

A equipe de saúde da família e o gestor local de unidade precisam estar implicados no processo de referência e contra-referência dos usuários, construindo dispositivos e estratégias de articulação com os serviços e profissionais de saúde para garantia de acesso aos usuários, sendo esta mudança condição para uma atenção integral a saúde.

Finalmente, a construção de redes hierarquizadas, integrais e resolutivas passa por decisão política, técnica e administrativa que extrapola o âmbito da unidade caso, mas entende-se que nada impede, que esta equipe de profissionais de saúde e gestor planeje, implemente e avalie ações de enfrentamento da inexistência de um sistema de referência e contra-referência.

7 AVALIAÇÃO DA GESTÃO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

[...] ela (a gerente) faz tudo, ela parece uma pessoa organizada, ela faz tudo por escrito, e ela mostra o que ela pede, o que ela faz, mas vejo que não funciona. (usuário da USF)

Reporta-se a enunciação na abertura desse capítulo como o ponto de partida para a descrição e a avaliação da gestão na USF estudada. O depoimento registrado revela um enfoque cartorial da gestão local, com baixa resolutividade desta prática, o que implica no descrédito por parte do usuário.

Por outro lado, considera-se que a prática de gestão na condução da unidade de saúde da família, pode ser representada como uma espécie de “dobradiça” que faz interface com o modelo de atenção à saúde e com o modelo de gestão assumido, explicitando o modo de condução da organização dos serviços e das práticas de saúde locais e se estas se direcionam para o princípio da integralidade, considerado neste estudo como uma imagem-objetivo para o SUS.

Baseado em Ramires, Lourenção e Santos (2004), compreende-se que o tema da gestão comporta processos complexos, relacionados com a demanda e as necessidades de saúde, e principalmente deve estar relacionado, dentre outros objetivos, com a possibilidade de resposta social aos problemas de saúde. Deste modo, os processos administrativos clássicos, onde administrar é apenas ser eficiente em solucionar questões relativas a recursos materiais, de pessoal e estrutura física de determinada área, não responde aos processos complexos de gerir uma unidade básica de saúde.

Contudo, a avaliação da gestão na unidade de Saúde da família caso, tem como parâmetro a existência de um modelo de gestão participativo que concorre com um modelo autocrático, fordista/taylorista.

Em primeiro momento, a análise documental, representada no quadro 19, reforça este caráter da gestão local e revela iniciativas no sentido de ordenar serviços e práticas a fim de manter minimamente o funcionamento do serviço de saúde, destacando-se a preocupação da gerência com o conserto de equipamentos e mobiliários e de prover minimamente os recursos materiais para seu efetivo funcionamento.

Quadro 19 A gestão da USF em prol do funcionamento dos serviços de Saúde, Salvador, Bahia, 2009.

TIPO DE DOCUMENTO /ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE/PARA QUE?
Relatório anual quadrimestral da USF/2009.	Gerência da Unidade de Saúde da Família	Conserto de equipamentos (p.4)	Solicitação de conserto de equipamentos: autoclave, ventilador de teto, roldana do portão, equipamentos odontológicos.	Assegurar o funcionamento da unidade de saúde
Relatório Anual da gerência de 2009.		Conserto de equipamentos. (p.3)	Solicitação de conserto do computador, autoclave, bebedouro, bóia do tanque, ar condicionado, autoclave e equipamentos de odontologia.	
Ofício n. 75, 2009.		Conserto de equipamentos. (p.1)	Solicitação de conserto do compressor da sala de odontologia que parou de funcionar há cinco meses.	
Ofício n. 75, 2009.		Conserto de equipamentos. (p.1)	Solicitação para resolução dos seguintes problemas: autoclave quebrada, troca de ventiladores de teto e troca da televisão.	
Ata de reunião de 09 de junho de 2009.		Conserto de equipamentos. (p.65)	A falta de resposta sobre a manutenção do autoclave.	
Relatório anual quadrimestral da USF/2009.		Provisão de insumos básicos. (p.5)	Solicitação de atadura, espelho, éter, lençol descartável, copos.	
Ata de reunião de 09 de junho de 2009.		Provisão de medicamentos básicos. (p.80)	Informação de falta de medicações como: dexametasona pomada, complexo B, cefalexina 500mg.	

Isto também indica aspectos da fragilidade política- administrativa do sistema municipal de saúde em Salvador, como apontado nos estudos de Santana (2008), Melo et al (2009) e Santos (2009). Tais fragilidades interferem não só no pleno funcionamento da USF, na capacidade de gestão local, bem como na possibilidade de se alcançar, minimamente, o princípio da integralidade em saúde.

Esta observação do caso em estudo nos direciona para constatação de que a gestão das unidades de saúde da família não se esgota neste local, esta precisa, de modo determinante, do apoio da prefeitura municipal, secretaria de saúde e distrito sanitário em resolver os problemas identificados no nível local.

É notório que a demanda por solução dos problemas cotidianos, com características emergenciais tomam grande parte da agenda do gestor da USF. Este fato revela que não existem condições mínimas para assegurar a manutenção da USF por parte da SMS. Soma-se a este fato a escassez de recursos, a falta de planejamento, monitoramento e avaliação local, o que implica num desgaste permanente da pessoa que assume a função gerencial, bem como acentua a baixa credibilidade dos profissionais, gestores e usuários frente a esta prática.

Articula-se com estes resultados da análise documental as enunciações descritas no quadro 20.

Quadro 20 A prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Gestão de recursos materiais	[...] nosso almoxarifado [...] tudo em ordem, nós temos uma ficha (com) o nome de todo material, data de chegada, nome do fabricante e a validade [...] agente só coloca pra tá saindo àqueles que tão próximos a tá vencendo [...]	Gerente	Positivo: A organização dos recursos materiais viabiliza o atendimento às
	[...] me articulei com outras unidades, de outros distritos, eu consegui uma quantidade de especulo boa [...]		Positivo: O empenho da gerente da unidade para provisão de recursos materiais.
	[...] eu procuro ver as questões das faltas, que o almoxarifado central falta muita coisa [...]		Negativo: A falta de recursos materiais impossibilita o atendimento das necessidades dos usuários.

As duas primeiras enunciações destacadas no quadro 20 apresentam aspectos positivos para o atendimento do princípio da integralidade, à medida que a USF possui almoxarifado organizado, com sistema de controle dos recursos materiais e o gerente da unidade articula-se com outras unidades e DS para resolver os problemas cotidianos de falta de insumos/medicamentos básicos para o atendimento em saúde.

No SUS municipal a aquisição e distribuição dos insumos são efetuadas pela Secretaria Municipal da Saúde, quem encaminha para os distritos sanitários e ou para as unidades de saúde. Este fluxo demonstra a pouca autonomia do gestor da USF no processo de compra e distribuição dos materiais. Além disto, conforme as enunciações do quadro 20, a administração dos recursos materiais no nível local é marcada pela falta de previsão e imprevisto, o que agrega valor para a baixa capacidade de intervenção do gerente.

Entende-se que a interrupção dos serviços de saúde, ocasionada pela falta de insumos, gera demanda reprimida, insatisfação dos usuários e precárias condições de trabalho na USF. Portanto, o gestor local precisa dispor de capacidade administrativa para aquisição destes insumos em caráter emergencial, adotar rotinas de previsão, provisão e distribuição condizentes as necessidades de cada serviço de saúde.

Pode-se afirmar que a gestão no nível local tem baixa autonomia e está orientada a prestar contas ao distrito sanitário e a Secretaria Municipal da Saúde de tudo que pretende fazer ou fez, e que se encontra destituída de poder de decisão política, técnica e financeira. Identifica-se, portanto, um hiato entre a gestão do ponto de vista conceitual e a gestão do cotidiano dos serviços de saúde.

Do ponto de vista teórico, a gestão é considerada como lócus privilegiado para instituir mudanças, sendo entendida como processo, um modo de operar, mas um modo de produzir, no qual se trabalha para abrir possibilidades de existência ao acontecimento. (CAMPOS, 2003). Complementa Dussalt (1992) quando diz que a competência gerencial impõe-se em três dimensões: a do saber ou dos conhecimentos, compreendendo as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção e as organizações; a do saber-fazer, que se dá pela capacidade pessoal em utilizar situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e programar estratégias, organizar o trabalho e gerir o pessoal; e, por último, a do saber-ser ou das atitudes, que compreende abertura de espírito, sentido ético, empatia e pragmatismo.

Além da questão atitudinal do gestor, para Campos (2000), o direito formal de governar precisa de dispositivos que o transforme em possibilidade real, e que assegurem às dominantes condições objetivas e subjetivas de governo sobre a maioria. Neste sentido, acrescenta-se que a prática de gestão na Atenção Básica de Saúde precisa de desenvolver não só essas competências listadas, mais as de capacidade política e financeira.

No caso pesquisado, a USF está vinculada ao distrito sanitário e este último à Secretaria Municipal da Saúde. A autonomia política, técnica e financeira está centrada na Secretaria Municipal da Saúde e no prefeito, sendo o gestor local um representante legal destes últimos. Os gerentes locais têm pouco poder de decisão, devido não só a limitações técnicas, mas também política e financeira.

O modelo lógico deste estudo propõe uma gestão descentrada e articulada com as outras esferas organizativas, em prol de uma organização de serviços e práticas mais integrais, de uma oferta de serviços mais próxima das necessidades em saúde da população adscrita, e de práticas humanizadas e acolhedoras que favoreçam o vínculo e o acolhimento dos usuários e de práticas de gestão mais participativas, democráticas, para o compartilhamento do poder de decisão.

Os resultados encontrados na análise das entrevistas e a documental demonstram um modo de gestão centrado nas hierarquias superiores na medida que há a preocupação excessiva de cumprir prazos estipulados ao distrito, quadro 21, pouco articulado com as esferas organizativas pois, não foi observado estratégias de aproximação e diálogo com a Secretaria Municipal de Saúde e serviços de média e alta complexidade e em práticas organizativas voltado às ações de controle de frequência dos trabalhadores de saúde.

Contanto, ainda que o controle das ações faça parte das funções básicas da gestão, compreende-se a importância da criação autônoma e desregulamentada por parte dos profissionais de saúde, a fim de implicá-los com o projeto político-ideológico do Sistema Único de Saúde.

Quadro 21 – Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Controle	[...] então a gente tem todos os controles, na época que eu vim para aqui, o controle de folgas não existia. [...] então eu (a gerente) que criei esse negócio de controle de folgas de	Gerente	Negativo: Prática de gestão centrada no controle de frequência.
Cumprimento de prazos	[...] eu sempre solicito pra todos o cumprimento de prazos, entrega de determinadas coisas que são solicitadas pelo Distrito, então a gente sempre cobra isto. [...]		Negativo: Prática de gestão focada na fiscalização do cumprimento de prazos.

Estas falas remetem à noção de controle e fiscalização inerente a prática de gestão, que são claramente definidas a partir da teoria clássica, e baseando-se em Motta e Vasconcelos (2006, p.24) estas funções de controle na gestão são tidas como atribuições básicas do administrador: planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar. Complementa Campos (2000, p.23) que está racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação de possibilidades de governar da maioria, retirando qualquer grau de autonomia do trabalhador e centrando-se cada vez mais em ações que visão a alienação e subordinação dos sujeitos.

Portanto, percebe-se que a prática de gestão revela a centralização do poder decisório no gestor da USF, sendo restrita às ações de controle, fiscalização e organização, objetivando o funcionamento dos serviços e o ordenamento administrativo da unidade de saúde.

Entende-se que a gestão de unidades de saúde da família não devem estar restrita nas ações de controle e fiscalização, tendo em vista a importância das ações de planejamento, monitoramento, avaliação e outros dispositivos novos que os sujeitos locais queiram criar, que quando implementados no modo estratégico, representam dispositivos de participação, dialogo e escuta, possibilitando intervenções mais resolutivas e integrais.

Outro ponto observado na prática de gestão, no quadro 22, foi à preocupação do gerente da USF em fornecer os dados epidemiológicos e de produção ao Distrito Sanitário de modo

compulsório e automático, caracterizando a unidade como agência de produção e fornecimento de dados, não sendo enunciada nenhuma compreensão destes como elementos potentes de mudança organizacional.

Quadro 22 Produção de dados de Saúde na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Produção de dados	[...] a gente fala muito com (os profissionais de saúde) [...] para (fazerem) a produtividade [...] quando eles devolvem pra gente, no final do dia, a gente coloca o ok (nesta planilha de controle), [...] pra estar alimentando direitinho o sistema, né [...] glicemia capilar, retirada de ponto, algum curativo, aferição de pressão [...] depois eles devolvem pra gente [...] ver se está tudo certo [...].	Gerente	Negativo: O registro de dados não são trabalhados como informação para subsidiar a organização dos serviços e das práticas profissionais.

Os dados gerados na unidade não são vistos como uma possibilidade de detecção de problemas, entraves e possibilidades da prática de gestão e do cuidado em saúde, dado que são encaminhados para o Distrito assim que são declarados em formulário específico. Esta prática, portanto, não altera a forma de organização dos serviços e das práticas, além de não gerar possibilidades de diálogo, participação popular e aproximação do integralidade.

Considera-se que os dados produzidos na unidade básica de saúde não são reconhecidos como possibilidade para a avaliação e o planejamento das ações de saúde, destaca-se ainda que as experiências e práticas avaliativas de saúde são induzidas, essencialmente, por uma demanda verticalizada, prevalecendo o enfoque normativo da avaliação, revelando um distanciamento do princípio da integralidade.

Outra característica da prática de gestão, baseado na análise de documentos sintetizada no quadro 23, é de possuir um enfoque punitivo, criando até sistemas de punição outros que não os estão descritos no arcabouço legal-normativo.

Quadro 23 Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

TIPO DE DOCUMENTO /ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE/PARA QUE?
Comunicado/2009.	Gerência da Unidade de Saúde da Família	Punição para os profissionais (p.2)	Instauração de processo de sindicância.	Desaparecimento de folhas do livro ata da sala de vacina.
Ofício S/N,2009.		Punição para os profissionais (p.1)	Advertência verbal de funcionária.	Realocação da funcionária em outra unidade pela secretária sem providenciar substituição.
Ata de reunião/fevereiro de 2009.		Punição para os profissionais (p.56)	Comunica que as enfermeiras que se recusarem a participar das atividades de supervisão de estagiários poderão ser demitidas.	Recusa das enfermeiras em supervisionar estagiários sem remuneração.
Ata de reunião/6 de maio de 2009.		Punição para os profissionais (p.56)	Comunicado que cada funcionário é responsável pelo seu setor e se acontecer qualquer problema será advertido verbalmente.	Devido à existência de vitamina A vencida na farmácia.
Ata de reunião/18 de novembro de 2009.		Punição para os profissionais (p.56)	Comunicado da existência de hierarquia e que esta deve ser respeitada. Atos de insubordinação serão punidos com advertência escrita.	Não realização de palestra pelos ACS. Registro de que a enfermeira se queixa de que não estava sendo respeitada pelos ACS.
Ata de reunião/fevereiro de 2009.		Punição para os profissionais (p.56)	Adverte aos trabalhadores da higienização quanto à qualidade da mesma. Ameaça de desligamento para aqueles cujo trabalho não for bem avaliado.	Orientação do coordenador de distrito sanitário.

Estes resultados representam um modo de gestão primitivo, centrado em medidas punitivas que objetivam a obediência dos trabalhadores de saúde às normas e rotinas da organização através do estabelecimento do medo de ser punido.

Este tipo de gestão implica na cooptação dos sujeitos às regras organizacionais pelo temor de ser punido, que implica na negação de espaços de escuta, diálogo e participação social imprescindível para aproximação do princípio da Integralidade.

De outro modo, o distanciamento do gestor local em relação aos outros sujeitos sociais mantém a lógica de dominação através do desconhecimento do tema gestão e da negação de espaços de trocas e compartilhamento de poder decisório, sendo que os determinantes para esta prática de gestão não estão limitados à decisão do gerente da USF, perpassa por níveis hierárquicos superiores, pela falta de condições dos gerentes de unidade em responder às demandas do cotidiano dos serviços de saúde, mas principalmente, pela determinação política de manter a USF como espaço de práticas pouco resolutivas, voltadas para o pronto-atendimento dos usuários.

Já as enunciações do quadro 24 reforçam de algum modo à constatação de que a gestão tem caráter autocrático e punitivo.

Quadro 24 Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para a integralidade
Prática de gestão autoritária	<p>[...] todo mundo aqui tem que assinar a frequência assim que chega; se der 8 horas e 40 minutos, não assinou a frequência, [...]</p> <p>[...] uma coisa muito importante [...] é a ficha de insuficiência [...]. Vamos supor: algum ACS que não entrega as coisas que a gente solicita [...] ele vai tá ganhando bem feliz a ficha de insuficiência [...] na quarta vez ele já ganha advertência verbal e se ele persistir, aí vai ganhar advertência por escrito e a gente vai tá encaminhando ao Distrito.</p> <p>[...] o técnico que é responsável pela sala de vacina, ele tem que ter toda cautela [...] pra não dá nenhum problema, por que ele que vai responder; e a enfermeira [...] tem que fazer a supervisão, da sala de vacina, da sala de farmácia, da esterilização, do curativo [...] tem que tá me prestando conta e eu depois vou fazer uma supervisão geral pra ver se tá tudo correto, porque se tiver alguma coisa, (fulano) responde, os técnicos respondem, aí [...] vai cortando as cabeças de um e de outro.</p>	Gerente	Negativo: práticas autoritárias com caráter punitivo.

A primeira enunciação demonstra a preocupação excessiva com assinatura da frequência e a tomada de medidas punitivas caso este documento não seja assinado no horário pré-

estabelecido independente de qualquer coisa, no entanto, entende-se que num contexto de gestão pouco resolutivo, frágil e sem autonomia, um modo possível de assegurar o funcionamento dos serviços de saúde e a obediência dos profissionais é manter o temor destes trabalhadores através de práticas punitivas e de controle.

No entanto, no caso estudado percebe-se que a gestão só se refere ao controle de trabalhadores de nível médio, ficando os outros profissionais de nível superior, em especial ao médico, com autonomia de definir seu próprio processo de trabalho, suas normas e rotinas.

Campos (2000) discute que a gerência nestes moldes assenta-se sobre a necessidade de conservar alienada a maioria dos trabalhadores, desempenhando uma função castradora, por meio de inúmeros mecanismos de produção de sujeitos “seriais”, seres desestimulados até de participar da gestão onde trabalham.

A inexistência de espaços de diálogos e participação, a pouca criatividade da gestão no nível local e a caracterização meramente burocrático-distorcida da prática gestora marcam este estudo de forma indelével, revelando uma gestão centrada na figura do gestor, com pouca resolutividade, muito distante da integralidade e o não atendimento do parâmetro estabelecido na avaliação desta dimensão.

Os achados neste estudo de caso são contrários à política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS/Participa SUS, lançada em 2009, que estabelece como princípios e diretrizes a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e participação social nos processos de gestão e a ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

No entanto, concorda-se com Cohn (2009) quando afirma que as políticas e estratégias ministeriais não representam um modelo ideal, cabível a toda e qualquer diversidade brasileira e que experiências de criação de dispositivos, arranjos e estratégias baseadas em necessidades locais tem maior probabilidade de darem certo do que os pacotes do Ministério da Saúde.

Outro aspecto relevante está na análise documental sintetizada no quadro 25. Evidenciou-se que a ação de controle e supervisão do gerente da USF sobre as práticas de saúde se dá sobre os profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo os médicos tratados como clientes do serviço de saúde e não como membro da equipe de saúde da família.

Esta afirmação de que o médico é tratado mais como um cliente da unidade do que como profissional de saúde encontra-se respaldada sobre as seguintes enunciações:

[...] (o médico) chega às 06:30 da manhã e vai até enquanto tem paciente, ele continua no posto ele não sai, assim que termina [...] 14h em diante ele vai embora (usuário da USF)

[...] na reunião também eu sempre pergunto para o médico se ele precisando de alguma coisa, uma das coisas que ele solicita muito é o colposcopio e uma mesa nova de ginecologia[...] (gerente da USF).

A primeira fala coloca que o médico define a jornada de trabalho, o horário de início e término das suas atividades na Unidade de Saúde da Família, sendo que o gerente adota mecanismos de controle com os outros trabalhadores da USF. E a segunda fala demonstra a preocupação do gestor local em atender as solicitações do médico, dentro daquilo que ele prioriza como essencial e prioritário.

Esta constatação é historicamente e socialmente determinada, alicerçada pelo modelo médico hegemônico onde este profissional é o sujeito central do processo de trabalho, estando todas as outras práticas profissionais subalterna à decisão do médico e o usuário como objeto da ação dele.

A análise documental, quadro 25, possibilitou a constatação de instrumentos de controle elaborados pela gerência para registrar a entrega de documentos e formulários pelos profissionais de saúde; para o controle de visitas domiciliares dos agentes comunitários, reforçando a afirmação de que o gerenciamento da unidade foca no ordenamento das tarefas para prestação de contas ao distrito sanitário.

Contudo, os resultados da análise documental destacam dois achados centrais: um primeiro sobre a supervisão e controle do gestor local centralizado no trabalho da enfermagem e dos agentes comunitários e um segundo achado, a responsabilização da enfermeira para a implantação dos programas de saúde do Ministério.

Quadro 25 Prática de gestão na Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia, 2009.

TIPO DE DOCUMENTO /ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE/PARA QUE?
Relatório Anual da Gerência/2009.	Gerência da Unidade de Saúde da Família	Controle e supervisão das práticas de atenção à saúde (p.1)	Controle e supervisão das atividades dos agentes comunitários de saúde através da implementação de fichas mensais de registro das visitas.	Queixas dos usuários por falta de atenção e visita dos ACS.
Ata de reunião/fevereiro de 2009.		Controle e supervisão das práticas de atenção à saúde (p.1)	Solicitando das enfermeiras um programa de atividades juntos aos ACS e a supervisão dos mesmos frente à implantação dos programas específicos do MS.	Implantação dos programas do MS.
Ata de reunião/fevereiro de 2009.		Controle e supervisão das práticas de atenção à saúde (p.1)	Cobrado as enfermeiras o relatório mensal das atividades executadas.	Confecção dos relatórios gerenciais da unidade.

O primeiro destaque estar relacionado a pouca autonomia dos trabalhadores de enfermagem e agentes comunitários determinada por questões históricas e sociais. E o segundo também aponta para responsabilização da enfermeira na implantação dos programas de saúde tomados como prioritários pelo Ministério, sendo contraditório com o primeiro destaque, pois se de um lado a enfermeira não possui autonomia para decisão, de outro, ela é responsável por ações de grande relevância para o MS. No entanto, este fato perpassa pelo modelo médico hegemônico que privilegia as práticas especializadas, mas extrapola a delimitação deste estudo.

Contudo, Merhy e Onocko (2007, p.232) discutem que no cotidiano grande parcela dos trabalhadores de saúde, particularmente os com maior poder de barganha, como é o caso dos médicos, consegue burlar as normas e trabalhar de acordo com sua própria consciência, e na prática estes coeficientes de autonomia têm sido mais utilizados na defesa de interesses corporativos do que para inventar projetos terapêuticos eficazes.

Finalmente, constata-se que a gestão de unidade de saúde da família se inseri em um contexto de recursos insuficientes, sendo produzida de modo pouco resolutivo e de baixa autonomia, caracterizada por ações de controle, fiscalização e punição que objetiva o funcionamento da unidade, o ordenamento de tarefas e o fornecimento de dados de produção aos níveis hierárquicos superiores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao avaliar a gestão nas dimensões da integralidade em uma USF do município de Salvador, considerou o estado incipiente da gestão na Atenção Básica em Saúde, conforme revisão de literatura discutida na introdução deste estudo. Deste modo, adota-se parâmetros mínimos de referência para os indicadores, com relação ao princípio da Integralidade, identificou aspectos relacionados ao campo das políticas específicas, da organização de serviços e das práticas de saúde e das práticas profissionais.

No estudo de caso em questão adotou-se como pressuposto que a gestão de serviços na atenção básica se distancia significativamente do princípio da integralidade, na medida em que estudos anteriores, revistos na introdução deste estudo, apontam para esta premissa. Este pressuposto se demonstrou válido também no caso estudado.

Quanto à primeira dimensão avaliada, a das políticas específicas, observou-se que as ações ditas como prioritárias não apresentavam concordância com o Plano Municipal de Saúde e eram baseadas apenas nos programas do Ministério da Saúde. Os entrevistados não enunciavam nem reconheciam a definição de ações prioritárias no nível local para a USF. Isto significa que uma das diretrizes do programa de Saúde da Família, a de buscar intervenções considerando as necessidades locais e com participação da própria comunidade, sequer aparece no discurso dos entrevistados.

As dissonâncias entre as informações dos entrevistados podem ser avaliadas como consequência da falta de espaços dialógicos de escuta, interação e compartilhamento do poder decisório, além da compreensão de que a ausência de ações prioritárias também pode resultar da falta de direcionamento para um resultado esperado dos serviços e das práticas de saúde, o que tem uma repercussão negativa para a prática de gestão, na medida em que é esta prática que tem a atribuição de conduzir a organização e a prestação destes serviços.

Quanto às ações prioritárias, estas são apenas as definidas nos programas ministeriais. No entanto, não se pode afirmar se mesmo estas ações produzem resultados esperados, dado que esta avaliação não considerou esta variável para a análise. Entende-se a limitação dos programas verticais do MS no atendimento ao princípio da Integralidade, pois não considera as necessidades e características locais, e esta decisão implica no não atendimento das necessidades em

saúde da população local, e sim em uma oferta de serviços e práticas limitadas, ocasionando demanda reprimida.

Já na dimensão da organização dos serviços de saúde destacam-se o modo do planejamento, monitoramento e avaliação, entendendo-se que estes instrumentos de gestão são estruturantes para a organização destes serviços.

No que tange ao modo de planejamento das ações de saúde, observou-se três categorias principais: o planejamento entendido como prestação de contas ao gerente de unidade; compreendido como um cronograma de atividades clínicas; e o planejamento compreendido como ordenamento de tarefas, pontual, centralizado na figura do gestor e com caráter normativo.

Estas constatações demonstram o distanciamento da gestão com relação ao atendimento das necessidades em saúde da população. Diante desse fato, como se pode organizar os serviços de uma unidade de saúde da família na direção da integralidade?

Acredita-se que a gestão pode se aproximar deste princípio à medida que organizar serviços e práticas para atender as necessidades de saúde da população adscrita pela USF. Portanto, a criação de espaços de diálogo e de escuta representam uma possibilidade de aproximação entre o desenho organizativo das práticas e dos serviços às necessidades dos usuários, mesmo considerando as dificuldades conjunturais do SUS municipal em Salvador. O uso dos instrumentos tradicionais de gestão, e de outras tecnologias criativas e inovadoras que a USF possa criar, com enfoque estratégico, participativo e com compartilhamento do poder decisório, também pode representar uma possibilidade de aproximação entre a gestão e a Integralidade.

Outro ponto interessante da análise é com relação ao modo de monitoramento das ações de saúde. Identificou-se que ele é realizado por âmbitos externos à USF, ou por profissional de grau superior, através de relatórios, entendido como ação pontual e com caráter fiscalizador. Por outro lado, fica evidente que o modo de monitoramento encontrado na USF diverge do que é proposto em literatura e implica em uma gestão frágil, com dificuldade de executar uma ação coordenada e resolutiva para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Já no que tange a avaliação das ações de saúde, notou-se que ela é feita de forma verbal, assistemática e pontual, com o objetivo de prestação de contas, o que implica dizer que a prática avaliativa não faz parte do contexto da gestão da unidade de saúde da família em questão.

A inexistência de processos avaliativos na USF articula-se com a manutenção de modos de organização e práticas de saúde distanciadas do princípio da Integralidade.

O desconhecimento por parte dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos instrumentos tradicionais da gestão tem como consequência uma prática de gestão incipiente e autocrática, voltada apenas para o ordenamento de tarefas, para manter os serviços funcionando, amenizando tensões sociais, oferecendo uma opção de atenção à saúde de baixa qualidade à população.

Na dimensão da organização das práticas de saúde percebe-se uma distribuição de tarefas por categoria profissional, de forma fragmentada, através de práticas focalizadoras que não valorizam o vínculo, a responsabilização e o acolhimento. O agendamento dos usuários para o atendimento com o profissional de saúde é feito a partir da patologia e por dia da semana. O atendimento médico é centrado na demanda espontânea, assumindo uma caracterização de pronto-atendimento.

Observa-se que a organização das práticas de saúde não difere dos achados em unidades básicas tradicionais, quanto à lógica fragmentada de atendimento dos usuários, implicando na baixa resolutividade destes serviços. Fica evidente que a organização das práticas de saúde conformada nesta unidade é uma replicação dos modelos dos antigos postos de saúde.

Por outro lado, quando se pensa na quantidade de investimento na estratégia de saúde da família, no *slogan* que esta estratégia se tornou como capaz de reorientar o sistema de saúde, e que atualmente a estratégia cobre 70% da população brasileira, pode-se afirmar que existe a intenção política para mudar o modelo de atenção à saúde.

No entanto, quando se vivencia a realidade da Unidade de Saúde da Família, percebe-se que há um hiato entre os princípios do Programa de Saúde da Família e a organização dos serviços e das práticas, apresentando pouca alteração do modelo das unidades básicas tradicionais.

O estudo também revelou a ausência da participação da comunidade na gestão da USF, e revelou que a compreensão dos profissionais sobre participação social se limita ao esclarecimento quanto às dúvidas que a comunidade tem, expressadas durante uma atividade educativa e com o atendimento aos pedidos dos usuários. De algum modo, isto revela o distanciamento da organização de práticas desta unidade com a própria comunidade local.

Outro aspecto encontrado no estudo são as iniciativas de colaboração dos sujeitos locais para realização de atividades rotineiras da USF. Isto demonstra de um lado a responsabilização dos mesmos pelo funcionamento da unidade, e ao mesmo tempo mostra a dificuldade da esfera pública municipal em manter e resolver os problemas administrativos dos serviços de saúde.

Já na dimensão das práticas profissionais encontra-se a ausência de acolhimento, atividades educativas com temas definidos pela Secretaria da Saúde e focados em informações sobre doenças, tendo os agentes comunitários a responsabilidade central pela implementação de práticas educativas, e estes são constantemente cobrados pelo gerente da USF para execução desta atividade.

No que tange a visita domiciliar, notou-se também a centralização desta responsabilidade apenas no ACS, e que as visitas domiciliares do médico são motivadas por critérios de idade, ou pela existência de alguma patologia. Estas práticas, como enunciadas pelos entrevistados, remetem ao modelo hegemônico, liberal-privatista, que a ESF se propõem a modificar.

Percebe-se também que na USF as ações coletivas, destinada à família e comunidade, ficam a cargo dos profissionais tidos como subordinados na escala hierárquica, como os agentes comunitários e técnicos de enfermagem, às vezes a enfermeira. As tarefas destinadas aos profissionais de nível superior compreendem as ações da clínica individual no consultório, local em que as práticas são exercidas com uma representação de status profissional.

Isso permite afirmar que apesar da existência de uma equipe mínima do PSF, não existe articulação entre as práticas dos profissionais. Isto porque se compreende que a integralidade se expressa através de momentos de escuta, de encontro e de diálogo que abrange as práticas coletivas e as práticas individuais, interativas principalmente se estas forem desenvolvidas em equipe.

Para modificar as práticas sob uma outra modelagem de atenção, precisa-se agir no consciente/inconsciente dos profissionais gestores e usuários, construindo políticas, estratégias e dispositivos que reordene o agir profissional, reordenando o trabalho vivo em ato. Isso se dá através do uso das ferramentas de gestão de maneira colegiada, dando sentido ético ao fazer profissional.

É neste caminho que se pode aproximar do princípio da Integralidade, dado que este é transversal e que contempla mudanças em todas as dimensões do cuidado e da gestão.

No que tange as práticas de gestão, pode-se afirmar que o gerenciamento dos serviços de saúde está centrado em manter o funcionamento da USF através de ações de controle, fiscalização dos trabalhadores, da provisão dos recursos materiais e fornecimento de dados epidemiológicos e de produção ao distrito sanitário e secretaria da Saúde.

Contudo, na avaliação da gestão da ABS nas dimensões da integralidade não se identifica o uso de nenhum instrumento de gestão mais elaborado, como o planejamento, monitoramento e avaliação, nem de construção coletiva. Registra-se apenas o uso de documentos básicos: planilhas, relatórios e fichas que são de construção da gerente da unidade que sozinha ou juntamente com a enfermeira elabora as rotinas e estes instrumentos.

A prática de gestão, no caso em estudo, está inserida em um contexto de escassez de recursos, apresenta-se de modo pouco resolutivo e com baixa autonomia, com ações centrais de controle, fiscalização e punição que objetiva manter o funcionamento da unidade e garantir o ordenamento das tarefas, estando voltada para a captura e alienação dos sujeitos sociais, que por sua vez produzem um “trabalho morto”, que é definido por Merhy e Onocko (2007) como intervenção sem objetividade, restrito a ação parcelar e sem significado.

Portanto, o pressuposto do estudo, de que a gestão de serviços na atenção básica se distancia significativamente do princípio da integralidade foi comprovado, além da precariedade da prática de gestão no caso estudado.

Finalmente, o estado da gestão local e seu distanciamento com o princípio da Integralidade, identificado neste estudo, abrange três pontos de determinação: o âmbito político, determinante para a mudança que é representada pelo poder de decidir, o âmbito técnico, representado por saber intervir e o administrativo, relacionado ao como intervir na estratégia de saúde da família.

Este estudo não abordou as causas do estado da gestão na ABS, mas baseia-se na literatura para afirmar que o ponto determinante para a mudança é o do poder político, sendo que este não deve estar detido na figura dos governantes e sim de todos os sujeitos sociais implicados ou não com a mudança do modelo de atenção e de gestão em saúde.

Por tudo isto, considera-se que o Sistema Único de Saúde precisa ser defendido. A Reforma Sanitária deve ser mantida como um movimento vivo, pois ainda não está concluída. Este estudo de caso permite afirmar que a disputa entre os modelos tradicionais de gestão e de atenção à saúde e os voltados para a defesa do SUS é revelada no cotidiano dos serviços de saúde

e da gestão da ABS. E neste espaço do estudo os princípios e diretrizes do SUS pouco ou nada têm um lugar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema de saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

AQUINO, Rosana. Estratégia de Saúde da Família. In: BAHIA. Secretaria do Estado da Bahia. **Manual do Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador- BA, 2002.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado**. 1998. 313 f. Tese de Doutorado em Enfermagem- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BARBIERI, Ana Rita; HORTALE, Virginia Alonso. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1349-1356, set. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7ª edição, Petrópolis: Editora Vozes, 2008, 516 p.

BETTIOL, Lília Maria. **Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

BINSFELD, Luciane; HORTALE, Virginia Alonso. Gerência de Unidades Básicas de Saúde no Brasil e Gestão Estratégica: um contraponto. **Políticas e Gestão em Saúde**, Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004.

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01, 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 10 de outubro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/NOAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

_____, Ministério da Saúde, DAB, Histórico da Saúde da Família no Brasil, capturado em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/>, acesso em: 12 out. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 648, de 28 de março de 2006, publicada em Diário Oficial da União, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Glossário temático: Sistema de Planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde (sisplam), Brasília, 2006. Capturado em http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sisplam.pdf, acesso em: 17 out. 2008.

_____, Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e participativa no SUS – participaSUS. 2ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1981.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. **Rev. do Serviço Público**, 1999.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de atenção primária no Brasil. **Rev. Bras. Med. Farm e Com.**, Rio de Janeiro, v.2, n.6, jul./set. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa . Modelos de atenção em saúde: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, v. 34, p. 16 - 19, dez. 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa . **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ª edição, São Paulo; Hucitec; 2000. 236 p

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. (org); Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p 669-688.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde paidéia** , 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2003. 185 p.

CAVCALCANTI, Patrícia Barreto. As reformas no setor saúde e a gestão da municipalização e da qualidade do atendimento no nordeste brasileiro. In: VIII CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., 2004, **Anais**, Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2004, p. 1-9, 2004.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde**, São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 161-168.

_____. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CHERCHGLIA, Mariângela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 367-385.

COHN, Amélia. **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Azougue editorial, 2009.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos de programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1417-1423, 2004.

_____. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.564-576, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M. A (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.29-45.

CRESWELL, Jonh W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª edição. São Paulo: artmed, 2007.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características exigências. **Rev. Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 8-19. 1992.

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

FACCHINI, Luis Augusto. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. sup, p.159-172, 2008.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.4, n.3, p. 317-321, jul./set.2004.

FERREIRA, Avilmar Santos. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, p.69-76, 2004.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – comunic, Saúde, Educ**, Rio de Janeiro, v.9, n.18, p.489-506, set./dez., 2005.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução: RAMALHETE, R. Petrópolis: Vozes, 2005.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições e novos desafios**, parte da tese, Os Modelos Tecnoassistenciais e Processos de Trabalho em Saúde, para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social / FCM / UNICAMP, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>, Acesso em 15 Fev. 2010.

GERRING, John. **What is a case study and what is it good for?**, Cambridge, American Political Science Review, vol.98, n.2, p.341-54, 2004.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, Jun. 2006.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-794, 2007.

GIOVANELLA, Ligia. **Atenção primária em Saúde promove impactos positivos sobre a situação de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, entrevista publicada em 05 de Jan. de 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=19999>>. Acesso em: 10 de fev. de 2010.

GIRARDI, Sábado Nicolau. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 23-32, 1996.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria de la acción comunicativa: complemento y estudios previos**. 3 ed. Madri: Cátedra, 1987.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. **Racionalidade e Comunicação**. Lisboa/ Portugal: Edições 70, 2002.

HARTZ, Zulmira de Araújo. Avaliação em saúde. **Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, p.419 - 421, 2002.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org.) **META AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 410 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org.) **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 275 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Rio de Janeiro - RJ). **Censo Demográfico 2008**. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/>, acesso em: 12 jan. 2010.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n. 3, p. 247-259 247-259, 1990.

KANTORSKI, Luciane Prad. et al. A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO NO MUNICÍPIO. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 434-441, Jul.-Set., 2006.

KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Uribe Javier. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface**, Botucatu - São Paulo, v. 13 n.31, p. 329-42, 2009.
Laville e Dione (1999)

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.32, p.335-344, mar./abr. 2007.

MALTA, Deborah Carvalho. SANTOS, Fausto Pereira dos. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 13, n.4, p.251-259, 2003.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. et al VISITA DOMICILIÁRIA SOB O OLHAR DE USUÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 131-40, Jan.-Mar. 2008.

MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquila. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.403-415, 2003.

MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade** . **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.179-203, 2002.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: _____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001.p 39-66.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

_____. Boletim da integralidade. Disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=25>, acesso em: 06 mai. 2008.

PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

MATUMOTO, Silvia. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003, Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

MELO, Cristina Maria Meira de.et al. **Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na Integralidade**. 2009.p.21. Universidade Federal da Bahia, Salvador,2009.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Inovação e gestão pública em Saúde**: uma análise da perspectiva local, 2001, 244 f., Tese de doutorado – Departamento de Saúde materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **SAÚDE A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO EM ATO**. 3ª edição, São Paulo: Editora HUCITEC, 2007

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28ª edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes; VASCONCELOS, Isabella Gouveia de. **Teoria Geral da Administrativa**. 3ª edição, São Paulo: Thomson Leaening, 2006, 428p.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 18-22, 1996.

_____. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 443-450.

NOVAES, Hillegonda Maria de. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-49, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud**. La administración estrategica. Washington:OPS/OMS, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.435-44

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI** . Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**.Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde, pp. 489-503. In: ROUQUAIROL, MARIA ZELIA; ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia e saúde. 5 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PENNA FIRME T. **Avaliação em rede**.Disponível em www.rits.org.br, acesso em: 04 jun. 2003.

PEREIRA ,Larissa Dahmer. Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Rubem Araujo de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO,2005.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade e prática social. Capturado em: <http://www.lappis.org.br>, acesso em: 02 jun. 2006.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Rubem Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO,2006.

PINHEIRO, Roseni. SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. MATTOS, Rubem Araujo. **ATENÇÃO BÁSICA E INTEGRALIDADE**: contribuições para estudos e práticas avaliativas em saúde, Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008.

RAMIRES, E. P.; LOURENÇÃO, L. G.; SANTOS, M. R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências, **Arq Ciênc Saúde**, Paraná, v.11, n.4, p. 205-9, out./dez. 2004.

REZENDE, Kátia Terezinha Alves. **O processo de gerência nas unidades de Saúde da Família**: limites e possibilidades em construção. 2007.206f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**, São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzalez Colombo. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: autêntica, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Salvador, 2006.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde – Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

SANTANA, Geovana Raimunda Silva. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade básica de Saúde**.127f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SANTOS, Handerson Silva. **ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SALVADOR**. 2009.84. monografia de conclusão de curso – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2009.

SHRAIBER, Lilia Blima, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. esp., p.221-242, 1999.

SILVA C.C.; SILVA A.T.M.C.; LOSING A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n.1, p.70–74, mai. 2006.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da;TRAD, Leny A. Bomfim.O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, Jair Magalhães da. **PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JEQUIÉ-BA: A DIALÉTICA ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA.**2006. 224f. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),Feira de Santana, 2006.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia Almeida. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar.1994.

SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

STAKE, Robert E. Cases studies. In: DENZIN,N; LINCOLN,Y (org). **Handbook of qualitative research.** Thousand oaks: Sage, 2000.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina Maria Meira de. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica de programação:** o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1995.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde.** Tra. Walkeria Maria Frank Settineri.PortoAlegre: Artes Médicas, 1992.

TEXEIRA, Carmem Fontes, PAIM, Jairnilson Silva. VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE. **IESUS**, Brasília, v. VII, n.2, Abr./Jun. 1998.

TEXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

URIBE, Francisco Javier. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 6, n.1, p. 209-219, 2001.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes e ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.12, n.2, p. 443-453, 2007.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.383-386, set./out.2007.

YIN, Robert K.. **Estudo de caso:** Planejamento e Métodos, Porto Alegre, Bookman, 2002.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. tradução: GRASSI, D. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cristina Maria Meira Melo, (pesquisadora-responsável) e Deybson Borba de Almeida (pesquisador-colaborador) estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a gestão na atenção básica de saúde nas dimensões da integralidade. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores do SUS municipal conduzir a atenção básica da saúde na busca da consolidação do Sistema Único de Saúde. Os profissionais de saúde, usuários e gestores terão como benefício, à oportunidade de repensar o processo de gestão da unidade básica de saúde onde trabalham, ou no caso dos usuários, são atendidos.

Se você consentir sua entrevista será gravada. Após a entrevista você pode solicitar o material gravado para ouvi-lá e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelos pesquisadores por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. A pesquisa recebe apoio financeiro da Fapesb e Capes.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71)3283-7623, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com a cópia do mesmo.

Salvador, ____ de _____ de 2009.

 Entrevistado (a)

 Pesquisador

 Testemunha

APÊNDICE B - roteiro de entrevista semi-estruturada para gerente de unidade

 Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br Coordenação: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 – 7618 PROJETO: FINANCIAMENTO: FAPESB E CAPES			
AVALIAÇÃO DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE Roteiro de Entrevista dos GESTORES			
1. No da entrevista:	2. Nome Entrevistador:	3. Data da Entrevista:	4. Hora Início:
5. Nome da Unidade de Saúde:	6. Distrito:	7. Turno: 1. Matutino 2. Vesp.	8. Hora Final:
I. Informações sócio-demográficas			
A1. Qual a sua idade? _____ A1.1 Data de nascimento: ____/____/____	A2. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	A3. Qual seu estado civil atual? 1. () casado(a) 2. () solteiro(a) 3. () união estável 4. () divorciado(a)/separado(a) 5. () viúvo(a)	
1. () branca 2. () preta 3. () parda 4. () amarela 5. () indígena 6. () outra _____		A6 Qual sua profissão?	
A7 Tempo de serviço nesta unidade de saúde:			
A8 Já trabalhou anteriormente como gestor de unidade básica de saúde? () sim () não Por quanto tempo? _____			
II. Questões avaliativas sobre a gestão da Atenção Básica em Saúde			
PE 2.1 Quais são as ações prioritárias desenvolvidas por esta USF?			
PE 2.2 Descreva um dia característico seu na USF:			
PE 2.3 Existe planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde aqui na USF? Como é feito?			
PE 2.4 Existe algum espaço de participação do usuário e dos profissionais de saúde no planejamento e avaliação desta Unidade Básica de Saúde?			

APÊNDICE C - roteiro de entrevista semi-estruturada para profissionais de saúde

		<p align="center"> Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisas GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br Coordenação: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 – 7618 PROJETO: FINANCIAMENTO: FAPESB E CAPES </p>	
<p align="center"> AVALIAÇÃO DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE Roteiro de Entrevista dos Profissionais de Saúde </p>			
1. No do Questionário:	2. Nome Entrevistador:	3. Data da Entrevista:	4. Hora Início:
5. Nome da Unidade de Saúde:	6. Distrito:	7. Turno: 1. Matutino 2. Vesp.	8. Hora Final:
<p align="center">III. Informações sócio-demográficas</p>			
A1. Qual a sua idade? _____ A1.1 Data de nascimento: ____/____/____	A2. Sexo: 3. () Masculino 4. () Feminino	A3. Qual seu estado civil atual? 6. () casado(a) 7. () solteiro(a) 8. () união estável 9. () divorciado(a)/separado(a) 10. () viúvo(a)	
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? 7. () branca 8. () preta 9. () parda 10. () amarela 11. () indígena 12. () outra _____	A5. Qual sua escolaridade? 8. () Ensino fundamental incompleto 9. () Ensino fundamental completo 10. () Ensino médio incompleto 11. () Ensino médio completo 12. () Superior incompleto 13. () Superior completo 14. () Pós graduação completa Qual? _____ () Não frequentou escola	A6. Profissão: 1. () Enfermeira 2. () técnico de enfermagem 3. () auxiliar de enfermagem 4. () médico 5. () odontólogo 6. () auxiliar de consultório dentário 7. () agente comunitário de saúde 8. () THD	
A7 Tempo de serviço nesta unidade:			
<p align="center">II. Questões avaliativas sobre a gestão da Atenção Básica em Saúde</p>			
PE 2.1 Quais são as ações prioritárias desenvolvidas por esta USF?			
PE 2.2 Existe planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde aqui na USF? Como é feito?			
PE 2.3 Existe algum espaço de participação do usuário no planejamento e avaliação desta Unidade Básica de Saúde?			

APÊNDICE D - roteiro de entrevista semi-estruturada para o usuário

 UFBA	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisas GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmelo@uol.com.br Coordenação: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 – 7618 PROJETO: FINANCIAMENTO: FAPESB E CAPES		
AVALIAÇÃO DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE Roteiro de Entrevista dos Usuários			
1.No do Questionário:	2. Nome Entrevistador:	3.Data da Entrevista:	4.Hora Início:
5.Nome da Unidade de Saúde:	6.Distrito:	7.Turno: 1. Matutino 2.Vesp.	8.Hora Final:
I. Informações Sócio Demográficas			
A1. Qual a sua idade? _____ A1.1 Data de nascimento: __/__/__	A2. Sexo: 5. <input type="checkbox"/> Masculino 6. <input type="checkbox"/> Feminino	A3. Qual seu estado civil atual? 11. <input type="checkbox"/> casado(a) 12. <input type="checkbox"/> solteiro(a) 13. <input type="checkbox"/> união estável 14. <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a) 15. <input type="checkbox"/> viúvo(a)	
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? 13. <input type="checkbox"/> branca 14. <input type="checkbox"/> preta 15. <input type="checkbox"/> parda 16. <input type="checkbox"/> amarela 17. <input type="checkbox"/> indígena 18. <input type="checkbox"/> outra _____	A5. Qual sua escolaridade? 15. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (8ª série) incompleto 16. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (8ª série) completo 17. <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto 18. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo 19. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 20. <input type="checkbox"/> Superior completo 21. <input type="checkbox"/> Pós graduação completa 22. <input type="checkbox"/> Não frequentou escola	A6. Bairro onde reside: A7. Há quanto tempo reside neste local: 9. <input type="checkbox"/> Sempre morou no bairro 10. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano 11. <input type="checkbox"/> Entre um e cinco anos 12. <input type="checkbox"/> Entre cinco e dez anos 13. <input type="checkbox"/> Mais de dez anos	
A8. Está trabalhando no momento? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não A9. Qual a sua ocupação/profissão?	A10. Qual a sua renda pessoal? 1. <input type="checkbox"/> inferior a um salário 2. <input type="checkbox"/> até um salário mínimo 3. <input type="checkbox"/> de um a dois salários 4. <input type="checkbox"/> de dois a três salários 5. <input type="checkbox"/> de três a quatro salários mínimos 6. <input type="checkbox"/> superior a cinco salários mínimos 7. <input type="checkbox"/> não quis responder 8. <input type="checkbox"/> não tem renda	A11. Porque utiliza esse posto de saúde 1. <input type="checkbox"/> Mora perto 2. <input type="checkbox"/> gosto do serviço 3. <input type="checkbox"/> gosto do profissional (qual? _____) 4. <input type="checkbox"/> só tem esse 5. <input type="checkbox"/> Sou cadastrado Outro motivo: _____	
A12. Há quanto tempo utiliza os serviços dessa unidade de saúde? 1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano 2. <input type="checkbox"/> Entre um e cinco anos 3. <input type="checkbox"/> Entre cinco e dez anos 4. <input type="checkbox"/> Mais de dez anos			
II. Questões avaliativas sobre a gestão da Atenção Básica em Saúde			
PE 2.1 O Senhor participa de alguma atividade desta unidade? Qual? Como participa?			
PE 2.2 O Senhor recebe alguma informação sobre os serviços e ações ofertadas nesta USF?			
PE 2.3 Como avalia os serviços desta USF?			

ANEXO A - Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa Ufba

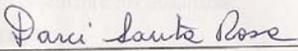
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (071) / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA Nº. 19/2009-FR-266589
Avaliação da gestão na atenção básica com foco na integralidade-, em Reunião Plenária
do CEPEE UFBA realizada em 13 de agosto de 2009, foi considerado **APROVADO**
devido o pesquisador lembrar-se da entrega do relatório final.

Aprovado
 Não Aprovado
 Projeto com Pendências
 Aprovado com Recomendação

Salvador, 14 de agosto de 2009



Normélia Maria Freire Diniz
Vice- Coordenadora do CEPEE.UFBA

ANEXO B - Autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde

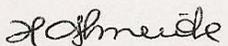
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

Salvador, 25 de maio de 2009.
Ofício N.º 147 /09

Prezada Senhora,

Autorizamos o Sr. Deybson Borba de Almeida, a realizar a coleta de dados nesta instituição, para implementação do projeto de Pesquisa intitulada: "Avaliação da Gestão na Atenção Básica com foco na Integralidade".

Atenciosamente,


Daniela Fontoura Câmara de Almeida
Subcoordenadora de Capacitação SMS

Ilm^a Sra
Prof^a Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da
UFBA- CEPEE-UFBA.

