



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Handerson Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO
NA INTEGRALIDADE**

Salvador
2012

HANDERSON SILVA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO
NA INTEGRALIDADE**

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

Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Cristina
Maria Meira de Melo

Salvador
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada por: Maria Creuza Ferreira da Silva
Bibliotecária – CRB 5-996

S237a Santos, Handerson Silva.
Avaliação da rede de unidades básicas de saúde com foco na integralidade / Handerson Silva Santos. Salvador, 2012. 144f.

Orientador: Professora Doutora Cristina Maria Meira de Melo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Pós-Graduação em Enfermagem

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Melo, Cristina Maria Meira de. II. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU: 614.2

HANDERSON SILVA SANTOS

AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO NA
INTEGRALIDADE

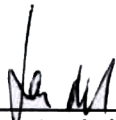
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2012.

Banca Examinadora



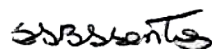
Cristina Maria Meira de Melo – Orientadora
Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo
Professora da Universidade Federal da Bahia



Lauro Antônio Porto
Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Professor da Universidade Federal da Bahia



Heloniza Oliveira Gonçalves Costa
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Professora da Universidade Federal da Bahia



Silvone Santa Bárbara da Silva Santos – Suplente
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Às mestras que me ensinaram mais que letras, números e teorias:

Cristina Maria Meira de Melo

Enêde Andrade da Cruz

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Maria Clara Melro Braghioli

Norma Carapiá Fagundes

Tânia Maria Oliveira Andrade

AGRADECIMENTOS

Como esta pesquisa é fruto de um trabalho coletivo, são muitos os agradecimentos.

A Cristina Melo, por ter acreditado em mim e me dado as oportunidades que ressignificaram a minha formação profissional e pessoal. Ninguém passa incólume ao convívio com essa mulher forte, justa, amiga, companheira, inteligente e que se importa com o outro. Conviver e aprender esses seis anos contigo foi mais importante que os títulos que adquiri.

A Heloniza Costa, pelo apoio que sempre me deu nessa trajetória, por nossas discussões no caminho de volta para casa que resultavam em valiosos aprendizados, pelas contribuições no exame de qualificação do projeto e neste trabalho final.

A Norma Fagundes, também pelo apoio que me deu nessa trajetória, pelas vezes que ouviu minhas angústias e ajudou-me a refletir sobre as decisões a serem tomadas, além das contribuições no exame de qualificação do projeto que originou este trabalho.

Ao professor Igor Menezes, pelas contribuições no exame de qualificação do projeto que originou este trabalho.

Ao professor Lauro Porto e à professora Silvone Santa Bárbara Santos, por terem aceitado o convite para participar da banca examinadora deste trabalho

À Capes, pela concessão da bolsa de estudos, que me proporcionou a aquisição de livros e a participação em eventos científicos nacionais e internacionais, além do custeio com algumas despesas do projeto.

Ao Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da UFBA, onde tive a oportunidade de ensinar e muito mais aprender por quatro semestres, pelas liberações para a participação em eventos científicos.

À Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, que viabilizou este estudo.

Às amigas e aos estudantes voluntários que colaboraram na coleta dos dados: Tatiane, Melissa, Bárbara, Gilmar, Samuel, Deisy, Jenima, Lais e Neila.

A Diorlene Silva, pela consultoria estatística, pela atenção e contribuições a este trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa Gerir, espaço onde tive o privilégio de, nos últimos seis anos, aprender e reaprender, além de construir grandes amizades.

À amiga Tatiane Araújo, pelo apoio durante as fases críticas deste trabalho, pela escuta atenta e palavras exatas que muitas vezes me confortavam e outras vezes me

deixavam mais perdido ainda. Por ser essa amiga fiel e companheira.

À amiga Melissa Silva, pela quase “coorientação” neste trabalho, pelo apoio na coleta de dados e na análise, e pelos vários minutos ao telefone nos fins de semana, em que tirei você do convívio de sua família.

Às amigas Cristina, Helô e Norma, por me proporcionarem o privilégio de estar sempre aprendendo com vocês.

Às amigas Joana Molesini e Silvone Santa Bárbara Santos, pelo incentivo e pela companhia divertida em nossas aventuras mundo afora.

À amiga Geovana Santana, pelo incentivo a apoio durante essa trajetória.

A minha tia Eliude Soares, pois esse sonho não se tornaria realidade sem o seu apoio e incentivo.

A minha prima Kally Cristina Soares, quem primeiro me apresentou as grandiosidades do SUS, por seu apoio constante na minha trajetória.

A minha mãe, pelo apoio incondicional, por suas orações e por seu amor.

Ao Manoel, Lêda, Léo e Lísias, por tudo!

A minha irmã Anne, pelo incentivo e energia positiva nessa trajetória.

Aos amigos Fredy Martins e Jackelline Pitman, simplesmente por nossa amizade, um grande presente para toda a vida.

A minha noiva Stéfane Costa, por entender minhas ausências para dedicação às atividades acadêmicas, por ser a maior incentivadora desse sonho que ora concretizo, por ser essa companheira forte e meu porto seguro nesses últimos seis anos. Te amo!

A Deus, por sua energia protetora.

RESUMO

SANTOS, Handerson Silva. **Avaliação da rede de unidades básicas de saúde com foco na Integralidade**. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, tipo estudo de linha de base. O objetivo foi avaliar a rede de unidades básicas de saúde com foco no princípio da Integralidade. As três dimensões da Integralidade adotadas para a construção dos indicadores de avaliação da rede foram: políticas específicas da Atenção Básica; organização dos serviços e das práticas; e práticas profissionais. A amostra foi composta por 531 usuários dos serviços, 78 profissionais de saúde e 14 gestores de unidades básicas de saúde, distribuídos em 15 unidades de saúde nos 12 distritos sanitários do município de Salvador, Bahia. O perfil dos usuários foi caracterizado por uma maioria de mulheres (87%), afro-descendentes (86%), na faixa etária de 48 anos e mais de idade (25%), com ensino médio completo (39%). O principal motivo de procura pela unidade de saúde da família foi a proximidade com a residência. Os resultados apontaram para uma distância entre a rede de unidades básicas de saúde e o princípio da Integralidade. A dimensão das políticas específicas da atenção básica apresentou os piores resultados, indicando baixa participação da comunidade nas decisões em saúde e falta e elaboração de projetos específicos baseados nas necessidades da população. Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, o indicador que chamou atenção revelou a falta de planejamento e monitoramento pelas equipes e gestores. Além disso, o indicador de vínculo profissional revelou vínculos estáveis para a quase totalidade dos profissionais, porém com baixa motivação para o trabalho. A dimensão que apresentou melhores resultados foi a das práticas profissionais, principalmente no que se refere à identidade dos profissionais com o trabalho que desempenham. A pesquisa revelou a fragilidade da Atenção Básica no município, principalmente em relação ao contexto político e das condições de trabalho. Ainda diante deste contexto, as práticas profissionais fizeram diferença, sendo um possível espaço para o início das mudanças necessárias na Atenção de Salvador, dependendo de investimentos por parte dos gestores.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária da Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Handerson Silva. **Evaluation of the network of primary health care with a focus in the principle of Comprehensiveness.** 2012. 144 f. Thesis (master 's) – Nursing School. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

It is an evaluative study, quantitative study type baseline. The objective was to evaluate the network of primary health care with a focus on the principle of integrality. The three dimensions of Wholeness that were the basis for the construction of indicators and evaluation of the network were: specific policies of Primary Care; organization of services and practices, and professional practices. The sample consisted of 531 service users, health professionals and 78 managers, 14 basic health units, distributed in 15 health facilities in 12 health districts of the municipality. The profile of users was characterized by a majority of women (87%), african descent (86%), aged 48 years and older (25%), with complete medical education (39%). The main reason for seeking the unity of family health was the proximity to the residence. The results pointed to a distance between the network of basic health units and the principle of integrality. The size of the specific policies of primary health care showed the worst results, indicating low community participation in health decisions and lack of specific projects and development based on population needs. In the dimension of the organization of services and practices, the indicator showed that drew attention to lack of planning and monitoring teams and managers, in addition, the employment status indicator revealed stable links to nearly all of the professionals, but with low motivation to the work. The dimension that showed the best results was the professional practice, especially with regard to the identity of professionals with the work they perform. The survey revealed the fragility of Primary Care in the city, especially in relation to the political and working conditions. Even within this context, the professional practices made a difference, with a possible space for the start of necessary changes in the care of Salvador, depending on investments by managers.

Keywords: Health Evaluation. Primary Health Care. Single Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Indicadores da dimensão das políticas de saúde específicas (PE)	59
Quadro 2	Indicadores da dimensão da organização dos serviços e das práticas (OSP)	60
Quadro 3	Indicadores da dimensão das práticas profissionais (PP)	62
Quadro 4	Metas pactuadas pelo município e resultados obtidos, exercício 2010	78
Gráfico 1	Proximidade da Rede de Unidades Básicas de Saúde com o princípio da Integralidade na sua dimensão da organização dos serviços e das práticas	94
Gráfico 2	Foco das ações dos profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	96
Gráfico 3	Distribuição das respostas dos profissionais de nível superior quando consultados sobre a clareza na comunicação com os usuários	101
Gráfico 4	Proximidade da Rede de Unidades Básicas de Saúde com o princípio Integralidade na sua Dimensão das Práticas Profissionais	103
Gráfico 5	Proximidade da Rede de Unidades Básicas de Saúde com o princípio da Integralidade	105
Gráfico 6	Organização dos serviços e das práticas na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – abril-setembro 2011	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população estimada para o ano de 2009 e da amostra de usuários com reposição por distrito sanitário – Salvador, Bahia – 2010	55
Tabela 2	Distribuição da amostra dos usuários, profissionais e gestores	67
Tabela 3	Distribuição da amostra estimada e amostra final de usuários por distrito sanitário – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	68
Tabela 4	Perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados (n=531) na Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	69
Tabela 5	Caracterização da situação ocupacional dos usuários da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	70
Tabela 6	Caracterização do acesso e uso dos serviços com relação ao tempo que utiliza e a principal motivação para utilização dos serviços da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	71
Tabela 7	Distribuição dos profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde segundo distrito sanitário – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	72
Tabela 8	Perfil sociodemográfico dos profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	73
Tabela 9	Caracterização funcional dos profissionais entrevistados na Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	74
Tabela 10	Perfil sociodemográfico dos gestores da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	75
Tabela 11	Experiência profissional dos gestores de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	76
Tabela 12	Existência de um projeto/atividade específica para os problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência da Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo gestores e profissionais – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	80
Tabela 13	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão das Políticas Específicas da Atenção Básica	82
Tabela 14	Realização de planejamento e monitoramento, segundo enfermeiras (n=15) da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	84
Tabela 15	Participação em atividades de educação permanente pelos profissionais (n=78) da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	85
Tabela 16	Mudanças no processo de trabalho observadas/realizadas pelas enfermeiras (n=15) da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	85
Tabela 17	Vínculo profissional na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo gestores – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	86
Tabela 18	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de processo	

	de gestão, segundo gestores (n=14) e enfermeiras (n=15) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	89
Tabela 19	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de organização de processos de trabalho, variável iniciativas de educação permanente coerente com a função desempenhada segundo gestores (n=14) e profissionais (n=47) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	90
Tabela 20	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de organização de processos de trabalho, variável mudança no processo de trabalho, segundo gestores (n=14) e enfermeiras (n=14) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	91
Tabela 21	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de organização de processos de trabalho, variável vínculo trabalhista, segundo gestores (n=14) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	92
Tabela 22	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	93
Tabela 23	Opinião dos usuários com relação ao processo de cuidado na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo sexo – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	97
Tabela 24	Processo de cuidado na Rede de Unidades Básicas de Saúde, por distrito sanitário, (n=531), segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	98
Tabela 25	Acesso ao profissional da Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	101
Tabela 26	Acesso ao profissional na Rede de Unidades Básicas de Saúde, por Distrito Sanitário, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	100
Tabela 27	Clareza na comunicação entre usuários e profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	101
Tabela 28	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão das práticas profissionais – parte I	103
Tabela 29	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão das práticas profissionais – parte II	104
Tabela 30	Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco no princípio da Integralidade	104
Tabela 31	Avaliação dos serviços na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Dieese	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DS	Distrito Sanitário
ELB	Estudos de linha de base
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fapesb	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Índice de Condição de Vida
MS	Ministério da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSP	Organização dos Serviços e das Práticas
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PE	Políticas específicas
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PP	Práticas Profissionais
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo e Ajuste de Conduta
USF	Unidades de saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	DA ANÁLISE DO CONTEXTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR À HIPÓTESE DO ESTUDO	17
2	A INTERFACE ENTRE O MODELO HEGEMÔNICO DA SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	23
2.1	O MODELO HEGEMÔNICO BIOMÉDICO E O CONCEITO DE SAÚDE	23
2.2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	24
2.2.1	A saúde pública durante a reviravolta política no Brasil: do Estado Novo ao fim do Regime Militar de 1964	26
3	A NOVA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	29
3.1	DÉCADA DE 1980: (RE)CONFIGURANDO A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE	29
3.1.1	Da implantação da Atenção Básica à Estratégia Saúde da Família	32
4	INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: O DESAFIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	34
4.1	OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: POLÍTICAS ESPECÍFICAS	36
4.2	OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	38
4.3	OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS	42
5	AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: OS ESTUDOS DE LINHA DE BASE	46
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
6.1	POPULAÇÃO ALVO	51
6.2	LOCAL DA PESQUISA	51
6.3	PLANO AMOSTRAL	51
6.3.1	Fonte dos dados	52
6.3.2	Amostra de Gestores e Profissionais	52
6.3.3	Amostra de usuários	52
6.3.4	Decisões operacionais	55
6.4	PRODUÇÃO DOS DADOS	56
6.4.1	Instrumentos de coleta de dados	56
6.4.2	Seleção e treinamento da equipe	57
6.4.3	Coleta dos dados	57
6.5	DESCRIÇÃO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DO ESTUDO	58
6.6	ANÁLISE DOS DADOS	65
6.7	ASPECTOS ÉTICOS	65
6.8	LIMITES DA PESQUISA	66
7	ANÁLISE DOS DADOS	67

7.1	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	67
7.2	PREFIL DOS USUÁRIOS	68
7.3	PERFIL DOS PROFISSIONAIS	71
7.4	PERFIL DOS GESTORES	74
7.5	AVALIAÇÃO COM FOCO NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE	76
7.5.1	Dimensão 1: políticas específicas da Atenção Básica (PE)	77
7.5.1.1	Percentual de cumprimento de metas pactuadas pelo município	77
7.5.1.2	Processo participativo na tomada de decisão	80
7.5.2	Dimensão 2: organização dos serviços e das práticas (OSP)	83
7.5.2.1	Processo de gestão	83
7.5.2.2	Organização de processos de trabalho	84
7.5.3	Dimensão 3: práticas profissionais (PP)	95
7.5.3.1	Foco das ações	95
7.5.3.2	Processo de cuidado	96
7.5.3.3	Relação profissional–paciente	98
7.6	AVALIAÇÃO GLOBAL DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE	104
7.7	ENUNCIÇÃO AVALIATIVA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS PELOS USUÁRIOS	104
8	DISCUSSÃO	109
8.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	109
8.2	AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE	112
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICE A – Formulário do Gestor	131
	APÊNDICE B – Formulário do Profissional de Saúde	135
	APÊNDICE C – Formulário do Usuário	138
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	141
	ANEXO A – Termo de Aprovação	142

1 INTRODUÇÃO

A falência dos antigos modelos de atenção à saúde no Brasil – o Sanitarismo Campanhista e o Previdenciário –, assim como o acesso excludente e a atuação pouco resolutiva do sistema de saúde brasileiro, tornou-se alvo das discussões na academia e nos espaços sociais visando mudanças necessárias.

A partir da década de 1970 se conformam outros cenários político-sociais que culminaram, dentre outras coisas, em um novo arcabouço político, ideológico e organizativo para o sistema de saúde, cujas ideias reportam à discussão internacional acerca de novos princípios norteadores da organização e da produção dos serviços de saúde.

Tais princípios são cada vez menos focados na doença e na especialidade médica e mais nas condições de vida e de promoção da saúde, assim como em políticas de saúde pautadas em conceitos como universalidade e justiça social (GIL, 2006; BUSS, 2009).

Portanto, é no bojo das discussões internacionais acerca da promoção da saúde e da Atenção Primária à Saúde que a emergência do campo da Saúde Coletiva, iniciado nos anos 1970 no Brasil, apoia-se sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e experimenta novos projetos de intervenção no campo da organização dos serviços. A possibilidade de expandir a Atenção Primária à Saúde, segundo o paradigma da determinação social da doença, implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que a Atenção Primária à Saúde seria a porta de entrada ao sistema de saúde organizado hierarquicamente (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2009; BUSS, 2009).

No contexto brasileiro da transição do regime militar para a redemocratização, as discussões acerca da promoção da saúde, impulsionadas na América Latina pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), ecoaram entre os diversos setores sociais do país, ajudando a conceber e implantar as mudanças. É possível considerar como marco de tais mudanças a Constituição brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), na qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), esboçado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco do movimento da Reforma Sanitária brasileira.

O ideário do novo sistema de saúde brasileiro, que garante a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), coaduna-se com as diretrizes definidas na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978) e,

mais tarde, reafirmada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (1986) (BUSS, 2009).

Para ajudar a maioria dos países que se encontravam na situação de crise econômica na década de 1980, com repercussões sobre o setor da saúde, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, as agências financiadoras internacionais criaram pacotes econômicos, cuja contrapartida era uma série de ajustes internos pelos quais os países deveriam promover reformas estruturais, principalmente na administração pública e na economia (SILVA SANTOS, 2009). No setor saúde adotou-se, por exemplo, pacotes básicos de serviços e ações voltados para a população mais carente, fortalecendo a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde (RIZZOTTO, 2000).

No entanto, Mattos (2001) salienta que a despeito de haver divergência entre a proposta do SUS e a do Banco Mundial, as mesmas partilham de princípios comuns, como a descentralização e a participação popular. E é comentando este paradoxo que o autor reflete que a diferenciação entre os dois ideários é a assunção do princípio da Integralidade como norteador das políticas e das práticas nos serviços de saúde.

As transformações que o SUS vem sofrendo desde a sua implantação revelam que ainda não se encontrou um ponto de equilíbrio entre o seu arcabouço teórico e a prática implantada. Destaque-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado nacionalmente em 1991, após uma experiência considerada exitosa no estado do Ceará, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que surge em virtude das demandas por serviços e ações de saúde desencadeadas pelo PACS.

O Programa Saúde da Família representa a proposta mais consistente formulada pelo governo brasileiro para a organização da Atenção Primária à Saúde, dado que, para Mendes (2002) e Starfield (2002), a atenção primária à saúde é a estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Soma-se a isso o fato de o Ministério da Saúde adotar, em 2006, a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a reorganização da Atenção Básica no país, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Baseado nessa estratégia busca-se operar a mudança do modelo de atenção à saúde.

Não obstante, o SUS nasce sobre uma proposta filosófico-ideológica positiva em relação à concepção de saúde, adotando princípios e diretrizes norteadores que dão suporte a esta nova concepção, uma vez que apoiado na universalidade é possível garantir um sistema de saúde para todos; pelo princípio da equidade é possível organizar o sistema de saúde com

base em uma discriminação positiva, ou seja, dando atenção desigual para as necessidades desiguais; a participação popular garante a legitimação social do sistema, dado que este é construído em conjunto com os prestadores da assistência e os usuários; a regionalização e a hierarquização conferem uma dinamicidade organizativa no interior do sistema de saúde, colaborando para que a gestão e a assistência funcionem dentro de uma logística voltada para atender as demandas por serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade que elas exijam.

Assim, considerando a concepção ampliada ou positiva da saúde, deve-se analisar, para a organização do sistema e dos serviços e ações de saúde, os fatores determinantes e/ou condicionantes da saúde, tais como o ambiente, o meio socioeconômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção da saúde, a proteção contra riscos e agravos à saúde, o diagnóstico, o tratamento, a cura e a reabilitação. Deste modo, é possível compreender que, sozinho, o setor saúde não será capaz de responder a todos estes determinantes e condicionantes, ainda mais em se tratando de um país de dimensões continentais e de aspectos sociais tão desiguais como o nosso; tampouco será capaz de garantir a proximidade do sistema de saúde ao princípio da Integralidade.

Segundo Mattos (2001), a Integralidade como princípio constitucional é parte de uma imagem-objetivo utilizada para indicar a direção do sistema de saúde, buscando-se articular demandas com a oferta de ações e serviços. Esse mesmo autor afirma que a Integralidade adquire sentido tomando-se por base a formulação de políticas de saúde, a organização dos serviços e os atributos das práticas que buscam sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a Integralidade passa a ser uma bandeira de luta porque, como afirma Camargo Jr (2003), surge do processo de negociação que vai da formulação de políticas à produção de ações de cuidado em saúde. Além dessas duas concepções teóricas da Integralidade, os autores ainda apontam para outras formas de compreendê-la, ou seja: como transversalidade do sistema de saúde; como prática intersubjetiva; como relação entre a demanda e oferta; e como confluência de vários saberes (CECÍLIO, 2001; COSTA, 2004; MERHY, 2006).

Com base no que foi discutido sobre a atenção primária à saúde e a organização do SUS é que este estudo assume como foco de sua investigação a Integralidade, que, de acordo com a Constituição brasileira, se constitui ao mesmo tempo como um princípio e uma diretriz

para a organização do SUS. A experiência do autor como bolsista de iniciação científica no projeto de pesquisa que deu origem a este estudo aproximou-o desta realidade local e despertou-o para a problemática que envolve os aspectos relativos à Integralidade no contexto da atenção básica em Salvador.

A proposição teórico-conceitual sobre Integralidade que conduzirá este estudo, seguindo a mesma proposição da pesquisa guarda-chuva de onde este se origina, encontra-se nos três sentidos atribuídos por Mattos (2001) a este princípio/diretriz. Ao fazer tais reflexões o autor não pretende definir um conceito, mas sim analisar quais sentidos têm sido dados à Integralidade. Para efeito deste estudo, os sentidos serão denominados de dimensões da Integralidade: as políticas de saúde específicas, a organização dos serviços e das práticas e as práticas dos profissionais (MATTOS, 2001). Estas dimensões serão avaliadas na rede de serviços de atenção básica em um sistema municipal de saúde concreto.

1.1 DA ANÁLISE DO CONTEXTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR À HIPÓTESE DO ESTUDO

Uma proposta de estudo avaliativo não deve prescindir de uma análise contextual que situe os leitores onde foram produzidas as informações. Neste caso, apresenta-se o contexto deste estudo de modo que os leitores possam estar cercados de informações-chave que os conduzam à compreensão consistente sobre os resultados obtidos. Esta análise contextual servirá também como plasma para a construção da hipótese levantada e testada. Entretanto, em razão da pouca produção acadêmica ou mesmo de outras fontes de informações disponíveis sobre o sistema de saúde de Salvador, reconhecem-se os limites dessa construção contextual.

Chegando ao último ano do segundo mandato à frente do executivo municipal, o prefeito João Henrique Carneiro já está no terceiro partido político desde que iniciou sua primeira gestão. Além disso, chega ao fim do mandato envolto em uma crise política e financeira. Tais crises têm-se revelado prejudiciais para o sistema de saúde local. Tal afirmação pode ser comprovada pela evidência da mudança de secretários municipais cerca de 50 vezes em sete anos de administração, sendo as pastas da Fazenda, Educação e Saúde as mais atingidas. Nesta última assumiram cinco secretários, o que tem resultado em descontinuidades de projetos e revelado uma fragilidade política no âmbito da Secretaria da

Saúde, sendo o atual secretário um vereador da bancada do prefeito, que já manifestara o desejo de concorrer à reeleição, ou seja, terá de ser substituído para concorrer ao pleito.

A Atenção Básica do município de Salvador tem um histórico controverso na aplicação das normativas ministeriais, com as leis orgânicas do SUS e a própria Constituição Federal. O estudo de Silva Santos (2009) concluiu que a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) não dispunha de capacidade técnica e política para assumir as responsabilidades originadas pelo processo de descentralização e municipalização da saúde. Este fato conduziu a SMS a terceirizar tanto a gestão, no âmbito das unidades de saúde, quanto as ações de saúde no âmbito da atenção básica (PACS e PSF). Além disso, Salvador foi uma das duas últimas capitais brasileiras a habilitar-se na gestão plena do sistema municipal, fato que acontece somente em 2006, portanto oito anos após a regulamentação da NOB 01/1996.

Para cumprir com o Termo de Ajuste de Conduta, acordado entre o Ministério Público Estadual e a Secretaria Municipal da Saúde em virtude das terceirizações, em 2011, após 11 anos, foi realizado o concurso municipal para o setor da saúde, com pouco mais de 3.500 vagas e mais de 105 mil inscritos. Contudo a crise financeira municipal tem afetado sobremaneira a saúde local, comprometendo a prestação de serviços de empresas conveniadas ou contratadas com a secretaria e, conseqüentemente, trazendo constantes ameaças de interrupção de serviços para a população.

Ainda em 2011, justificada por uma crise financeira, a Secretaria Municipal da Saúde estabelece um termo de acordo com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) para o retorno da gestão da média e alta complexidade para o âmbito estadual, o que, segundo a legislação do SUS, configuraria a perda da gestão própria da rede municipal de saúde. Entretanto, mesmo sem gerir a média e alta complexidade, o município de Salvador ainda mantém o *status* de comando único da gestão municipal da saúde perante o Ministério da Saúde. Ademais, para fazer o pagamento de alguns prestadores de serviços, o município utilizou, com autorização do Ministério da Saúde, recursos da ordem de 38 milhões de reais que não foram gastos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica.

Contudo, durante a fase de coleta de dados desta pesquisa foi possível observar em muitas unidades de saúde, além de estrutura física precária, a falta de medicamentos nas farmácias básicas, imunobiológicos, além de insumos e outros materiais para a prestação de serviços, principalmente na atenção à saúde bucal.

O objeto de estudo desta pesquisa é a rede de unidades básicas de saúde com o modelo assistencial tradicional. A rede de unidades a que se refere o objeto de estudo é o conjunto de unidades básicas de saúde, localizado nos 12 distritos sanitários de Salvador, cujo modelo de atenção à saúde baseia-se na demanda espontânea, na inexistência do delineamento territorial de assistência e adstrição dos usuários, oferecendo serviços de saúde sob a forma de programas e/ou por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, doravante denominadas UBS.

A escolha desse objeto de estudo relaciona-se com a lenta reversão das UBS em Unidades de Saúde da Família (USF) em Salvador, uma vez que 60% das unidades de saúde que compõem a rede de atenção básica em Salvador são UBS (BRASIL, 2011a), algumas delas oferecendo, além do serviço ambulatorial, o serviço de pronto atendimento nas 24 horas. Assim, busca-se com este estudo encontrar nessas unidades, cuja lógica de organização dos serviços e das práticas se remete à mesma da década de 1930, elementos indicativos que, no município, a organização desta rede de unidades pelo menos esteja incorporando os princípios do SUS, aqui destacado o princípio da Integralidade.

Este estudo é parte de um projeto maior e corresponde ao seu segundo momento. O primeiro, realizado por Silva (2010), fez o mesmo tipo de avaliação com foco no princípio da Integralidade, porém aplicado na rede de unidades de saúde da família. Assim, com este estudo produzir-se-ão informações que permitirão algumas inferências sobre os resultados obtidos nos dois modelos de atenção, criando-se uma linha de base avaliativa completa sobre a rede de serviços do SUS municipal.

Em 2008, o município de Salvador apresentava uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 13,5% (SALVADOR, 2008). Segundo dados do Ministério da Saúde, hoje essa taxa alcança 15,4% da população, muito aquém da média nacional de 51,81%, e do estado, que corresponde a 57,67% da população coberta (BRASIL, 2010).

O estudo de Cardoso (2009) mostrou que mais de 77% da população de Salvador depende dos serviços básicos de saúde que são oferecidos pelo SUS municipal, evidenciando a responsabilidade da gestão da saúde no âmbito da Atenção Básica. Contudo, esse estudo revelou que, além da baixa expansão do PSF, há uma quantidade insuficiente de profissionais e uma distribuição iníqua dos mesmos entre os distritos sanitários. A autora analisa que tais eventos revelam-se como barreira para a mudança do modelo de atenção à saúde ou mesmo a incompreensão do seu significado, uma vez que as ações básicas de saúde não têm sequer aumentado significativamente sua oferta.

Por ser o princípio da Integralidade um dos componentes da imagem-objetivo na qual se pauta a construção do SUS, entende-se ser este o princípio, além do acesso, que melhor caracteriza a relação entre o usuário e o serviço de saúde. Outro aspecto a ser levado em consideração é que com base nos pressupostos da Integralidade torna-se possível visualizar o foco da agenda política dos gestores locais, assim como apreender como são organizados os serviços e as práticas e como se processa a relação entre os usuários e profissionais de saúde. Com base no arcabouço teórico que norteia este estudo será possível emitir um juízo de valor acerca das unidades básicas no município de Salvador tomando-se por base a ótica da Integralidade.

Ao avaliar a rede de unidades de saúde da família com o foco na Integralidade, em Salvador, Silva (2010) sinaliza a distância identificada entre a rede de unidades de saúde da família e esse princípio. Destacam-se, a seguir, alguns desses resultados.

Ao questionar gerentes e profissionais da USF acerca da formulação e implantação de políticas específicas, Silva (2010) encontrou respostas divergentes entre os gerentes (62%) e profissionais (54%) quanto à existência de projetos locais nas unidades, cuja elaboração tenha partido de uma necessidade percebida pelos trabalhadores e gerente, assim como a inexistência de CLS com funcionamento pleno e regular. Segundo análise da autora, essa dimensão apresentou resultados insatisfatórios.

Quanto à organização dos serviços e das práticas, o referido estudo mostrou que 69% dos gerentes e 67% dos profissionais afirmam utilizar o instrumento de planejamento na unidade. Entretanto, dos 62% dos profissionais que afirmam fazer o monitoramento da produção dos serviços, 92% não o fazem semanalmente. Já 78% dos profissionais afirmam ter participado de atividade de educação permanente, 94% delas oferecidas pela Secretaria Municipal da Saúde, e segundo os mesmos, 93% guardavam coerência com as suas práticas (SILVA, 2010).

Ainda nessa mesma dimensão, 57% dos profissionais enunciaram existir iniciativas de reorganização do processo de trabalho, 58% deles afirmando ter sido em decorrência da avaliação do serviço feita pela equipe (SILVA, 2010). Para a autora, os resultados gerais obtidos na pesquisa permitem inferir que é precária a situação da rede de USF em direção ao princípio da Integralidade.

No estudo de Silva (2010), a dimensão da Integralidade que obteve o melhor resultado foi a das práticas dos profissionais. A existência da escuta ampliada foi afirmada em 98% das

respostas dos profissionais, que segundo eles conseguiam identificar outros problemas de saúde para além daqueles relatados pelos usuários, porém somente intervinham em 28% deles. Ao serem questionados se recebiam orientações quanto à continuidade do tratamento de saúde, os usuários, 86% dos homens e 74% das mulheres, responderam positivamente. Além disso, 81% dos homens e 78% das mulheres também afirmaram receber orientações quanto ao autocuidado. Nessa dimensão também merece destaque a enunciação dos profissionais em relação à identidade com o trabalho que desempenham no PSF, com mais de 60% deles respondendo positivamente.

Os profissionais da atenção básica em Salvador, em sua maioria, são contratados via Regime Especial de Direito Administrativo (Reda) ou mediante Termo de Ajuste de Conduta (TAC), uma vez que as empresas que os contratavam não mais atuam neste âmbito da saúde, permanecendo, contudo, na gestão de algumas unidades básicas de saúde com modelo de atenção tradicional e com serviço de pronto atendimento nas 24 horas (SILVA, 2010).

O que as pesquisas têm revelado da atenção básica em Salvador são condições desfavoráveis para o fortalecimento desse nível de atenção à saúde, principalmente no âmbito das políticas de saúde, da organização dos serviços e das práticas (SILVA, 2010; CARDOSO, 2009).

Portanto, diante dos resultados desfavoráveis obtidos por Silva (2010) na rede de unidades de saúde da família; considerando que a Estratégia Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), é central para a organização da Atenção Básica de acordo com o modelo de atenção de vigilância à saúde; considerando que as UBS não compõem a estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde, uma vez que remetem a uma lógica de organização da década de 1930; e dado que o contexto político-administrativo da SMS também é desfavorável ao fortalecimento da atenção básica, a hipótese levantada neste estudo é de que se encontrará uma situação ainda mais desfavorável na rede de UBS, considerando as dimensões adotadas para a aproximação com a Integralidade, daquela encontrada no estudo de Silva (2010).

Sendo assim, a questão que norteia a pesquisa é: o quanto a rede de unidades básicas de saúde com modelo de atenção tradicional, no município de Salvador, aproxima-se do princípio da Integralidade?

O objetivo geral é avaliar a rede de unidades básicas de saúde em relação à sua proximidade com o princípio da Integralidade, tomando-se por base a formulação de políticas

específicas para a atenção básica, a organização dos serviços e das práticas e as práticas dos profissionais, no município de Salvador, em 2011.

Tendo em vista que a rede assistencial de cobertura da Atenção Básica em Salvador é composta por aproximadamente 60% de UBS (BRASIL, 2011a), confirmando que a presença dos distintos modelos de atenção (UBS tradicionais e PSF) é comum nas cidades com população superior a 100 mil habitantes (VIANA et al, 2006; BRASIL, 2011b), este estudo adquire relevância por produzir informações úteis para a tomada de decisão por parte dos gestores municipais, além da possibilidade de empoderamento das instâncias deliberativas da saúde, como os conselhos locais e municipal de saúde.

2 A INTERFACE ENTRE O MODELO HEGEMÔNICO DA SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Ao longo do tempo, o Brasil passou por diversas transformações nos modelos e na lógica de organizar e ofertar serviços de saúde. É possível visualizarmos, baseados em uma linha cronológica, que os modos de organizar e operar a assistência à saúde nunca estiveram descolados de uma ideologia ou mesmo de contextos sociais que legitimassem suas práticas, sejam elas voltadas para o âmbito individual ou coletivo.

Entender o que se passa com o sistema de saúde nos dias atuais exige lançar um olhar para a história da organização sanitária do Brasil. Para efeito deste estudo, revisitar tais fatos subsidiará o momento da emissão de um juízo de valor e uma análise crítica sobre a rede de unidades básicas de saúde de Salvador, permitindo sua avaliação, o reconhecimento dos constrangimentos e dos pontos fortes da rede em relação ao princípio da Integralidade, contribuindo para o processo de tomada de decisão dos gestores do SUS municipal.

Ao longo desta e da próxima seção será feita uma reconstituição da organização sanitária do Brasil. O interesse nessa abordagem está em reconhecer o momento histórico, o contexto político e sob qual proposta ideológica, do ponto de vista do processo saúde-doença, foi constituída a rede de atenção à saúde pública. Com isso se intenta analisar a proposta de organização da Atenção Básica no Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde até a Estratégia Saúde da Família.

2.1 O MODELO BIOMÉDICO HEGEMÔNICO E O CONCEITO DE SAÚDE

Desde a institucionalização da medicina como ciência, entre os séculos XVII e XVIII, que os moldes de organizar a assistência à saúde inclinam-se aos seus ditames (FOUCAULT, 1976). Sob os princípios da ciência moderna positivista a medicina adéqua-se ao modelo da racionalidade científica, ou seja, se subordina aos domínios das chamadas ciências naturais (SOUZA SANTOS, 2003).

Ao longo dos séculos XIX e XX a medicina beneficiou-se das novas descobertas científicas, alcançando um aparato tecnológico de diagnóstico e de tratamento de doenças. Entretanto essa vertente tecnológica reforça a separação entre o corpo e a mente, separando também o doente da doença e dividindo o corpo em regiões para a atuação das especialidades

médicas. O aparato tecnológico tem contribuído cada vez mais para a investigação (penetração) na menor parte do corpo, para daí poder identificar o normal e o patológico com a finalidade de uma possível reparação do elemento defeituoso. A partir de então, todo o processo de trabalho em saúde é concebido com base na abordagem da doença. A hegemonia da concepção biológica da vida norteava, e ainda norteia, a formação, a produção e a organização dos serviços de saúde (COLLIÈRE, 1989).

Para Capra (1987, p. 119) a divisão entre corpo e mente “levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença”. Desse modo, a evolução das ciências médicas dos séculos XIX e XX, concentradas na biologia molecular e na farmacologia, limitava-se a aspectos parciais dos fenômenos que envolviam as doenças, uma vez que as descobertas científicas concentravam-se na dicotomia entre os distúrbios do corpo e os remédios para a cura.

Sendo assim, torna-se evidente que há uma limitação ideológica na aceção de saúde empregada pela ciência médica moderna como a simples ausência de doença (CAPRA, 1987). Concorde-se, portanto, com a assertiva do autor de que a saúde possui outras dimensões, e estas, por sua vez, relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. Contudo não se pode negar que o sistema de saúde no Brasil, desde sua origem no início do século XX até hoje, tenha sofrido e ainda sofra influência dessa concepção ideológica do processo saúde-doença.

2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Ainda que a saúde possa ser interpretada como elemento social no Brasil a partir dos anos iniciais do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira (BRAGA; PAULA, 2006), para Bravo (2006) a intervenção estatal sobre a saúde só vai ocorrer efetivamente na década de 1930, refletindo o crescimento econômico do país e o acirramento entre as diferenças impostas pela divisão de classes, com o surgimento de uma classe trabalhadora muito pobre.

O início do século XX representa o começo da participação do Estado nos cuidados à saúde da população, uma vez que ele passa a reconhecer, em razão das relações de comércio, a saúde como um atributo importante para o trabalho, devendo então cuidar desta para que as nações garantissem sua força de trabalho e a capacidade de produção (FOUCAULT, 1976).

Nessa fase as ações de saúde eram desenvolvidas por médicos sanitaristas. Todavia a mão de obra exclusivamente médica para o trabalho na saúde pública, além de aumentar os custos com a saúde, era insuficiente, dificultando a expansão para o interior do país das novas propostas sanitárias. Nesta perspectiva é que, no início da década de 1920, surgem os cursos de Educadoras Sanitárias e de Enfermeiras de Saúde Pública (CAMPOS, 2007; CASTRO SANTOS; FARIA, 2008).

Nessa época a assistência à saúde pública dava-se em Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, que tinham o objetivo de combater determinadas endemias ou epidemias consideradas prioritárias. Em 1922 foi criado o Serviço de Enfermagem Sanitária e em 1923 funda-se a Escola de Enfermagem Ana Nery, para a formação de enfermeiras de Saúde Pública, ou enfermeiras visitadoras, marco da profissionalização da enfermagem no Brasil. Após o retorno dos médicos que foram estudar nos Estados Unidos foi possível, em 1925, a abertura do Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, para a formação de médicos sanitaristas, enfermeiras e educadoras de saúde (CAMPOS, 2007; CASTRO SANTOS; FARIA, 2008).

Essa nova composição de recursos humanos para os quadros da saúde pública possibilitou o avanço de um novo conjunto de propostas sanitárias, a consolidar-se com a criação dos Centros de Saúde. Estes foram concebidos como estabelecimentos de maior complexidade, superando o trabalho focal dos Postos de Profilaxia e Saneamento Rural (CAMPOS, 2007).

O modelo de organização dos Centros de Saúde teve como base as experiências bem sucedidas dos dispensários de saúde nos Estados Unidos, que contavam com uma unidade de saúde que concentrava vários serviços de interesse da população, tais como: educação sanitária, assistência educativa materno-infantil, distribuição de leite, controle de doenças endêmicas e epidêmicas, saúde escolar, vigilância sanitária sobre alimentos, inspeção sanitária de estabelecimentos e supervisão de parteiras. A proposta de trabalho nesses centros buscava superar o modelo sanitário vigente por práticas embasadas na educação, prevenção e profilaxia, ou seja, na busca por uma nova consciência sanitária para a população (CAMPOS, 2007).

Epidemiologia, educação e administração sanitária eram as bases científicas que norteavam o trabalho nos centros de saúde no Brasil (CAMPOS, 2007). Segundo o Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana

O trabalho sanitario moderno é feito em torno de um poly-dispensário, um 'centro de saúde', para onde homens, mulheres, crianças, tuberculosos, venereos, gestantes, etc., sob influência do trabalho de propaganda e de persuasão feito por enfermeiras de saúde pública ou por educadoras sanitárias, tal como já se ensaia em São Paulo com tão perfeita visão do moderno trabalho sanitario. Nos achivos desses 'centros' figurarão, por trabalho que aos poucos irá sendo completado, em cadastro ou registro indispensável, todas as casas do bairro e todos os indivíduos que as habitem. [...] Desses mesmos centros partirão as enfermeiras e os guardas para o trabalho no seu districto. (OPS, 1929, p. 1148-1149).

Percebe-se que o processo de trabalho dos centros de saúde baseava-se na divisão da cidade em distritos sanitários e na ação de equipes de enfermeiras visitadoras que faziam um reconhecimento da área onde atuavam, desde os domicílios – fazendo o cadastramento dos mesmos e das famílias – até a elaboração do perfil epidemiológico de cada área. É possível ainda concluir que a noção que temos hoje de Unidade Básica de Saúde se reporta a esse modelo sanitário dos anos 1930. Contudo, ainda que tais tecnologias sanitárias pudessem ser consideradas avançadas, é possível visualizar em seu interior elementos da racionalidade do modelo sanitarista, tal como a presença dos guardas sanitários durante as visitas ao território dos distritos. A presença dessa figura como membro da equipe de saúde denota que ainda se pensava a saúde como no início do século, ou seja, preservava-se o modo policial de intervenção para o controle da saúde das pessoas, independentemente do direito das mesmas.

2.2.1 A saúde pública durante a reviravolta política no Brasil: do Estado Novo ao fim do regime militar de 1964

Fazendo uma análise sobre a saúde pública entre os períodos de 1930 e 1960, observa-se uma variação muito grande entre a situação socioeconômica do país, que passou de uma fase de industrialização incipiente para um estágio de fôlego industrial que incrementou a economia nacional. Entretanto foi possível observar no país o crescimento das cidades em razão do fluxo migratório advindo do campo. Conseqüentemente à urbanização não planejada, a situação de saúde pouco acompanhava o desenvolvimento econômico.

Para Bravo (2006) e Bertolli Filho (2000), o chamado milagre econômico contrastava com a continuidade de doenças endêmicas, epidêmicas e parasitárias, assim como as elevadas taxas de morbimortalidade infantil e geral.

A década de 1960, precisamente no pós-64, ficou marcada no Brasil como o ápice do período considerado como o de crise aguda do sistema nacional de saúde. Os inúmeros cortes financeiros aos estados impediam que políticas públicas fossem implementadas ou mesmo que as existentes dessem conta das inúmeras demandas da população que, diga-se de passagem, não era integralmente assistida pelo sistema de saúde vigente (BRAGA; PAULA, 1981; SILVA, 2001; PAIM, 2008).

Cresce no país o número de hospitais privados e o fortalecimento do modelo assistencial hegemônico com base no hospital, do mesmo modo que as propostas sanitárias pioneiras da década de 1930, por exemplo, foram completamente abandonadas.

A reforma do setor previdenciário, na tentativa de dissolução da crise, culmina com a unificação dos sistemas previdenciários vigentes e, conseqüentemente, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando ainda mais o poder decisório sobre as políticas de saúde. A fusão dos institutos previdenciários foi a solução encontrada para servir aos interesses capitalistas, prevalecendo as decisões centradas na esfera federal e na crescente participação do capital, principalmente estrangeiro, na prestação de serviços de saúde (BERTOLLI FILHO, 2000).

As décadas de 1960 e 1970 representaram marcos iniciais para a constituição de uma nova consciência sanitária, que segundo Berlinguer (1987, p. 22) seria marcada por “ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade”.

A partir de 1960, ideias sobre um novo modelo de organização de serviços e de práticas médicas começaram a ser difundidas nos Estados Unidos, cujo cerne seria o modelo preventivista, a Medicina Comunitária.

Além disso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciou e divulgou a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde. Foi no bojo desse contexto que a OPAS disseminou nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária, que enfocavam a assistência à saúde das populações pobres (ESCOREL, 2008).

Já a década seguinte ficou marcada pela discussão estabelecida no Canadá acerca da crise do modelo médico-hegemônico e pela necessidade da constituição de vias alternativas para a prática médica e para a organização da assistência à saúde. Tais ideias se fundamentavam no esgotamento da capacidade da medicina tecnicista em responder às demandas sociais da saúde.

Nesse aspecto torna-se possível resgatar as ideias de Capra (1987) de que a moderna tecnologia médica, decisiva na resolução de casos individuais, parece ser inócua para a saúde das populações.

Outro aspecto nevrálgico da saúde pública era que as práticas da medicina tecnicista, além de não responderem aos anseios da população em geral, contribuíam para o aumento dos gastos públicos com saúde, dado que o acesso às tecnologias diagnósticas e terapêuticas é de custo elevado. Foi diante de tais paradoxos que se originou o conceito de promoção da saúde.

A concepção sobre a promoção da saúde relaciona-se com a transformação do comportamento dos indivíduos e o estilo de vida (BUSS, 2009), além de uma combinação de estratégias de ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias interinstitucionais, ou seja, num movimento de responsabilização mútua (TEIXEIRA, 2006).

É possível compreender que o conceito de promoção da saúde supera sua concepção biologistica, sendo de caráter dialógico, portanto indo ao encontro da concepção ampliada da saúde, ou seja, não mais focado na doença e sim nos determinantes do processo saúde-doença-cuidado (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2009).

Essa discussão internacional acerca de uma nova concepção do processo saúde-doença oxigenou uma parcela da sociedade brasileira entre as décadas de 1970 e 1980 a mobilizar-se e organizar-se no maior e mais completo movimento sanitário da história desse país, composto por membros das universidades, estudantes, trabalhadores da saúde, intelectuais e pelos movimentos sociais. Essa fusão resultou no conhecido movimento da Reforma Sanitária brasileira por um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade, e que também exigia a redemocratização do país.

3 A NOVA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Dois grandes fatos históricos marcam a segunda metade da década de 1980: o fim do regime militar e a conseqüente redemocratização política do Brasil; e a promulgação da nova Carta Magna, conhecida como Constituição Cidadã, em razão de seu texto apresentar forte cunho de justiça social, de bem-estar e de melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. No bojo da nova ordem sócio-política que se instaurava no Brasil, as reivindicações levantadas pelo movimento da Reforma Sanitária tornaram-se patentes na Constituição de 1988, garantindo a saúde como espécie da seguridade social, afirmando em seu artigo 196 a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

O contexto político do Brasil e as conquistas alcançadas para o setor saúde foram decisivas para a reorganização do modelo assistencial, agora referenciado pelos princípios finalísticos e organizativos da Reforma Sanitária: Universalização, Equidade, Integralidade e Participação Popular. Outro passo importante nesse sentido foi o processo de descentralização da saúde, responsável pela reorganização da estrutura de gestão e assistência à saúde no Brasil pós-Reforma Sanitária, principalmente com a municipalização da saúde, desconcentrando o poder decisório do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais da Saúde, e transferindo-o para a realidade de cada espaço em que se localizam os determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

3.1 A DÉCADA DE 1980: (RE)CONFIGURANDO A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE

O processo de Reforma Sanitária que marcou a institucionalização do SUS constituiu-se da crítica aos modelos de saúde que, até aquele momento, não tiveram a capacidade de superar as barreiras socioeconômicas para atender as demandas de todas as classes sociais e em todos os âmbitos do setor saúde. Até então o atendimento qualificado e com recursos da mais alta tecnologia médica direcionava-se para as classes mais abastadas, com a oferta de pacotes simplificados de ações básicas de saúde para as classes menos favorecidas.

Ainda que tenha introduzido avanços na oferta e na organização de serviços de saúde, tais como: a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas; a desconcentração de recursos; a universalização da oferta hierarquizada de serviços; a revisão de critérios de seleção para o uso de tecnologia médica mais acessível; a inclusão de práticas

médicas alternativas; a utilização de equipe de saúde; e a participação comunitária (SILVA JÚNIOR, 2006), a proposta da Medicina Comunitária foi bastante criticada diante da concepção positiva de saúde defendida pelos ideais da Reforma Sanitária.

A proposta da Medicina Comunitária incluía aspectos da racionalidade econômica quanto à prestação da assistência, uma vez que a prática médica continuava a reproduzir a estrutura político-ideológica das sociedades capitalistas por meio da manutenção da força de trabalho e do controle das tensões e contradições sociais (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), principalmente pela inação do Estado em relação à saúde pública.

Há, portanto, um caráter contraditório e reformista na proposta da Medicina Comunitária.

Na reprodução da força de trabalho, sua atuação aumenta a capacidade e produtividade da mão-de-obra rural e periurbana. Utilizando a racionalização econômica das práticas médicas, permite o Estado destinar recursos, assim poupados, a outros setores da economia. (SILVA JÚNIOR, 2006, p. 60).

O avanço do capitalismo e do seu modelo econômico já se fazia perceber no Brasil nos anos finais da década de 1980, com uma política de redução de custos em investimentos sociais, percebida mediante sucessivas diminuições de repasses de verbas para a saúde em benefício de outros setores da sociedade. Isso permite refletir que a saúde margeava a agenda dos sucessivos governos brasileiros. Cada governo obedecia a uma lógica política própria, não havia atitudes de bom senso ou uso de diálogo com a sociedade; o que prevalecia era o jogo de interesses e as ações paternalistas e clientelistas, muitas vezes empregadas na tentativa dos governantes perpetuarem-se no poder (MOTTA, 2007; CALIPO, 2002; COELHO, 2006; GOUVEIA; PALMA, 1999).

As críticas de Silva Júnior (2006) servem para compreender os limites da proposta da Medicina Comunitária. Dentre outras merecem destaque: o favorecimento à indústria farmacêutica, baseado no estímulo à medicalização da população; propagação de programas coercitivos como o planejamento familiar, com forte caráter de controle da natalidade; práticas médicas centradas na cura de doenças e nos atos médicos e suas tecnologias; observação restrita dos determinantes do processo saúde-doença, dado que sua análise restringia-se ao nível local; barreiras quanto à universalidade, uma vez que o acesso à tecnologia e a alguns serviços médicos não era ofertado para todos; práticas médicas alternativas adaptadas aos interesses da medicalização; equipe de saúde tutelada pelo

conhecimento médico; noção restrita de comunidade, dando explicações pontuais para os fenômenos de saúde/doença; e a busca de resolução somente no plano local.

A partir de então o movimento sanitário incorpora o debate internacional para o enfrentamento dos desafios impostos ao setor da saúde. Foi proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde dos países da América Latina focados no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (OPS, 1989). Para a OPS a proposta dos SILOS

Procura establecer un ambiente de responsabilidad recíproca entre proveedores y beneficiarios. Este criterio implica la intervención local en la definición y operación de los servicios para que sean mas eficientes y eficaces en respuesta a las necesidades reales de la población. Implica, además, una movilización de todos los recursos de la zona de competencia del SILOS. [...] Los SILOS han de ser el instrumento que armonice y equilibre las decisiones a y acciones de los diversos niveles de los sistemas de salud, incluso para que la descentralización pueda operar. (OPS, 1990, p. i).

O desenho e a função dos SILOS, propostos pela OPS em 1984, baseavam-se nas necessidades da população e tinham como objetivo prestar assistência adequada aos indivíduos, famílias e grupos sociais, focalizando o ambiente. Organizavam-se tomando por base as unidades básicas de saúde, reconhecidas como uma entidade global. Politicamente, a proposta dos SILOS não esteve separada dos processos democráticos e de descentralização do Estado, vivenciados por países latinos (OPS, 1989).

Segundo a OPS (1989), seu desenvolvimento baseia-se nos seguintes aspectos fundamentais: reorganização do nível central; descentralização e desconcentração; participação social e intersectorialidade; readequação dos mecanismos de financiamento; desenvolvimento de um novo modelo de atenção; integração dos programas de prevenção e controle; reforço na capacidade administrativa; capacitação da força de trabalho; e desenvolvimento da pesquisa científica.

Outras duas propostas internacionais ajudaram a compor a organização do SUS. A primeira foi a das Cidades Saudáveis, que surgiu em 1984, no Canadá. A intenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) era que as cidades se constituíssem em rede para que em conjunto pudessem articular uma nova maneira de promover a saúde e melhorar o ambiente (SILVA JÚNIOR, 2006). A segunda proposta foi sobre a lógica de organização do sistema de saúde da Inglaterra.

Ainda na década de 1970, o governo do Canadá estabelece princípios da cobertura universal de saúde, e a cidade do Quebec promove uma reforma de caráter pioneiro, em que estabelece os *Centres Locaux des Services Communautaires* (CLSC) como a porta de entrada para uma rede hierarquizada de serviços de saúde. Nesses centros, a administração era feita por meio de um conselho, constituído em sua maioria por usuários, e cujo atendimento deveria priorizar a integralidade da atenção (CONNIL, 2008).

Com base nesse retrospecto entende-se que o arcabouço do SUS foi sendo construído tomando-se por base experiências bem-sucedidas em outros países, a exemplo do Canadá e da Inglaterra, no sentido da reorientação do modelo de assistência à saúde para a superação da concepção biomédica hegemônica na saúde. Além disso, destaca-se nesse processo a atuação das organizações internacionais, como a OPS e a OMS, na divulgação e fomento de tais experiências, contribuindo também nas discussões pró-democracia e para a garantia da saúde como direito de todos, na maioria dos países latino-americanos, inclusive o Brasil, que emergia naquele momento de um processo político ditatorial.

Foi no alvorecer de tais propostas que os atores do movimento pela Reforma Sanitária brasileira puderam engendrar uma nova ideologia para a saúde no país, agora calcada na concepção positiva de saúde e nos ideais da medicina social francesa do século XIX (TEIXEIRA, 2006). Assim é possível ter mais clareza acerca dos princípios que norteiam o SUS, permitindo visualizá-los como de fundamental importância na conformação ideológica do sistema.

Sem esse entendimento perde-se, talvez, a oportunidade de refletir sobre os caminhos do SUS ao longo desses 22 anos. A institucionalização do SUS representou mais do que a inauguração de novas tecnologias de organização e produção em saúde para a população brasileira. Com ele estreou um novo campo de discussões no âmbito da saúde que se designou Saúde Coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Além disso, a interdisciplinaridade proposta pela nova concepção de saúde tem feito avançar estudos e pesquisas em outras áreas da sociedade, produzindo conhecimento para a ação dos atores da saúde.

3.1.1 Da implantação da Atenção Básica à Estratégia Saúde da Família

Desde a década de 1970 que municípios brasileiros introduziam novas práticas nos centros de saúde que prestavam assistência à saúde para as populações pobres, a exemplo da

Residência Multiprofissional em Porto Alegre, a medicina comunitária de Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que iniciou no Nordeste e foi expandido para todo o Brasil, promovendo o aumento da rede ambulatorial, além de experiências de implantação dos distritos sanitários nas cidades de Natal, no Rio Grande do Norte, Fortaleza, no Ceará, Belo Horizonte, Timóteo e Ipatinga, em Minas Gerais, Curitiba, no Paraná, e Salvador, na Bahia (CONILL, 2008; MENDES, 1995).

A instalação de processos de mudanças, baseados na ideologia da nova saúde pública brasileira, deu-se antes mesmo da institucionalização do SUS. A exitosa experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará é um exemplo. Desse modo, é possível evidenciar que a vontade de mudança dependia da capacidade de condução política de estratégias de transformação, ao mesmo tempo que, diante da concepção neoliberal que se fortalecia com o nascimento do SUS, via-se perpetuar a inércia institucional e a inação política na reorganização do sistema de saúde, reforçando, deste modo, os preceitos do modelo biomédico hegemônico na saúde (MENDES, 1995; MINAYO, 2001).

A assunção do PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção até então vigente, calcado na concepção biomédica, para o modelo de Vigilância da Saúde reforça o fortalecimento da Atenção Básica. Desde a sua implantação é possível notar mudanças no SUS, que vão desde o financiamento até a condução das políticas de saúde no sistema.

Todavia nas grandes cidades ainda há muitos desafios para a implantação do PSF e o fortalecimento da Atenção Básica. Para Mendonça, Vasconcelos e Viana (2008), esses desafios se impõem no momento da definição de políticas de saúde e pela baixa capacidade dos profissionais em lidar com as famílias e suas dinâmicas sociais. Na avaliação do desempenho da atenção básica em São Paulo, Ibañez et al (2006) demonstraram que em relação ao acesso, coordenação, orientação comunitária, enfoque familiar e elenco de serviços os municípios alcançaram valores entre 35 e 50%, considerados insuficientes, uma vez que tais dimensões compõem os pilares da concepção da atenção básica.

Em Salvador tais desafios podem ser visualizados do âmbito político-administrativo e técnico, uma vez que o Plano Municipal de Saúde (SALVADOR, 2005) destaca problemas relacionados à infraestrutura, como a falta de unidades próprias e de referência; da gestão, como ausência de planejamento e de controle social; e do modelo de atenção, como problemas no acesso, na resolubilidade e na oferta de serviços, dentre outros. Outro problema, ainda comum nas grandes cidades, e que identificamos em Salvador, é a convivência entre os distintos modelos de assistência, sendo um baseado na Estratégia Saúde da Família e o outro por meio das Unidades Básicas de Saúde.

4 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: O DESAFIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pensar, discutir e, sobretudo, assumir o princípio da Integralidade na prática cotidiana dos serviços de saúde tem sido um desafio para os *policy makers* do Sistema Único de Saúde. Isso por que ao tratar sobre a Integralidade da atenção à saúde é preciso levar em consideração toda a dinâmica que envolve o processo saúde-doença e seus determinantes. Nesse sentido, a atenção primária, ou atenção básica, como se chama no Brasil, foi alçada como *locus* para o primeiro contato dos usuários com o sistema de serviços de saúde.

Segundo Starfield (2002, p. 314), “a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las”. No caso do Brasil, o conceito de Integralidade é um dos alicerces de sustentação do Sistema Único de Saúde, ou como diz Mattos (2001; 2004), sua imagem-objetivo, ou seja, funciona como um condutor para o alcance de práticas desejáveis do sistema de saúde em contraste com as práticas exercidas.

A Integralidade não se restringe apenas à sua concepção clássica de acessibilidade, já que não a totaliza. É comum nos depararmos na literatura com essa relação como se fosse sinônima. Segundo Mattos (2004), com esse entendimento corre-se o risco da perda do foco na garantia de articulação entre a lógica de prevenção e da assistência em qualquer nível de atenção à saúde, de modo a apreender as necessidades de saúde da população, em seu sentido mais amplo.

Um dos desafios do SUS é introduzir práticas sanitárias pautadas na Integralidade. Por funcionar como imagem-objetivo, de longe este é o princípio do SUS que mais tem dificuldade de, normativamente, ser apreendido. Em outras palavras, a Integralidade pode materializar-se desde a macro-organização do sistema de saúde, que a favorece por meio do enfoque promocional, preventivo e assistencial, ou seja, por meio do modelo de vigilância da saúde, até nas práticas dos profissionais no atendimento individual e/ou coletivo, no estabelecimento de vínculos com o serviço e com os usuários, além da aproximação destes com o serviço de saúde.

Consideramos que um sistema integral deva contemplar a regulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Portanto, a reorientação das relações entre o Estado e a sociedade e o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere

o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano, indo além da formulação de um planejamento terapêutico verticalizado e focado na patologia, mas que promova a horizontalização das relações no interior do sistema. Assim, não se resume apenas a práticas terapêuticas assistencialistas e de acesso às ações e serviços de saúde, pois considera o outro como agente e não objeto no processo saúde-doença.

A Integralidade, em seus múltiplos sentidos, pode-se referir a um pacote de intervenções de saúde preventiva e curativa para um grupo específico da população; a um serviço de saúde integrado, referindo-se a múltiplos pontos de prestação de serviços em um território e com uma gerência comum; a continuidade dos cuidados ao longo do tempo; a uma integração vertical dos diferentes níveis de serviço, articulados com mecanismos de referências entre os níveis do sistema e entre os prestadores públicos e privados; pode-se referir a uma gestão integrada das políticas e de coordenação dos serviços de saúde; ou mesmo significar trabalho multissetorial. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008)

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), uma rede integrada de saúde adquire múltiplas dimensões entre os distintos subsistemas relacionados à Clínica, que envolve os cuidados; a Governança, envolvendo aspectos do financiamento, da gestão e das informações; e das representações e valores coletivos dos atores envolvidos com os aspectos clínicos. As dimensões propostas pelos autores são: integração sistêmica, normativa, funcional, integração da equipe clínica e integração dos cuidados.

Em uma revisão sobre os métodos empregados por diferentes pesquisas cujo foco era a Integralidade, Conill (2004) elenca as dimensões atribuídas a este princípio nas pesquisas, tais como cuidado pessoal e familiar completo; cuidado contínuo; cuidado coordenado; primeiro contato; vínculo; caráter completo das ações; promoção; prevenção; atenção médica completa; articulação das ações; e cuidado individual. Destaca-se nessas pesquisas analisadas pela autora que a maioria tinha como unidade de análise a atenção básica, além da compreensão da integralidade principalmente em seu caráter de acesso.

A escolha das dimensões da Integralidade adotadas neste estudo deu-se em virtude do entendimento de que a eleição das mesmas teria de levar em consideração a sensibilidade com o contexto local, ou seja, que fossem capazes de, no escopo de uma pesquisa de linha de base avaliativa, apreender da realidade os elementos que pudessem nos dar um panorama da Integralidade na rede de unidades básicas de saúde.

Assim, esta pesquisa adota como dimensões da Integralidade os conceitos atribuídos por Mattos (2001), que ao refletir sobre os diversos sentidos da Integralidade concluiu que este princípio adquire sentido apoiando-se na formulação de políticas de saúde, na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais que buscam sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde. Na verdade, esses três sentidos ganham status de macrodimensões de análise para a interpretação da realidade em busca da Integralidade, aqui também entendida como imagem-objetivo, ou seja, não buscaremos algo que se caracterize concretamente em Integralidade, mas ações e condutas que se direcionam para tanto.

Essa opção quanto à definição do termo Integralidade permite, em parte, superar os múltiplos sentidos estabelecidos pelos diferentes autores.

4.1 OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: POLÍTICAS ESPECÍFICAS

A primeira dimensão que compõe o sentido da Integralidade assumido nessa pesquisa diz respeito às políticas específicas. Esta dimensão refere-se à capacidade do sistema de serviços de saúde em dar respostas abrangentes aos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos populacionais, por meio da formulação e operação de políticas públicas específicas (MATTOS, 2001).

Política pública pode ser entendida como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos na população; ou mesmo como o que o governo escolhe fazer ou não (SOUZA, 2007). Diante disso, cabe uma breve discussão acerca do impacto que tem gerado nos municípios brasileiros a descentralização político-administrativa institucionalizada pelo SUS e, conseqüentemente, a capacidade para que esses entes federados possam formular, implementar e avaliar políticas de saúde.

No Brasil não é possível, diante de um debate sobre a descentralização, furtar-se ao debate sobre o federalismo, uma vez que essa forma de governo (SOUZA, 2010) demarca a organização político-administrativa no país. Segundo Rodden (2005, p.10), os “esforços para definir e medir a descentralização concentram-se primordialmente na autoridade fiscal e, em grau menor, na autoridade política e da gestão de políticas”. Essa afirmativa converge para o que defende Melo (1996), que as vantagens da devolução e da promoção da autonomia local são apontadas pelo modelo do federalismo fiscal, uma vez que pressupõe que os bens públicos possuem incidência localmente delimitada, com clientela definida.

Nessa perspectiva explica-se a expressão nas políticas públicas de variedades de bens públicos, ou seja, a descentralização tem o papel de minimizar a oferta de serviços públicos não condizentes com a realidade e necessidades locais. Este é considerado fator *sine qua non* para a efetivação de um sistema de saúde que garanta a Integralidade, uma vez que os municípios passam a ter a capacidade de formular e implementar políticas de saúde conforme suas necessidades. Segundo Souza (2010), o federalismo brasileiro reúne defensores que argumentam que o seu caráter descentralizador converge para o atendimento das necessidades locais, a manutenção da paz, promoção da justiça, acesso dos cidadãos ao poder público etc.

Entretanto a referida autora nos alerta de que federalismo não deve ser confundido com descentralização. Esta última refere-se à divisão de poder entre os entes federados, não sendo condição necessária para a existência do federalismo. A autora sinaliza as dificuldades dos entes federados em definirem as políticas públicas prioritárias, além do papel de cada esfera de poder diante das políticas.

Nesse mesmo sentido, Melo (1996) apresenta o que chama em seu trabalho de efeitos perversos (e não antecipados) da descentralização, fruto do pacto federativo brasileiro: burocracias locais de baixa qualificação, ou seja, baixa capacidade para prover bens e serviços sociais; transferências de receitas públicas sem responsabilidade de geração de receitas, contribuindo para o afastamento do controle social, além de não ser levada em consideração a capacidade local para a administração fiscal; indefinição e ambiguidade quanto às competências entre esferas de governo, tendendo a gerar inércia institucional; perda da capacidade regulatória e de formulação de políticas por parte do governo central pelo desmonte de estruturas setoriais centralizadas, uma vez que se esbarraria em frágeis estruturas locais; porosidade do governo local em relação à elite local, acarretando em corrupção e clientelismo; fragmentação institucional; e descentralização fiscal, com transferência de impostos importantes para os âmbitos estadual e municipal, reduzindo a capacidade do governo central de conduzir políticas de estabilização e reformas fiscais.

Essa discussão sobre o federalismo e a descentralização pode explicar, em parte, as dificuldades encontradas pelos municípios para a formulação de políticas públicas de saúde que respondam às necessidades de populações específicas ou da coletividade, desse modo fragilizando a dimensão das políticas específicas da Integralidade. Sabe-se que os colegiados institucionais do SUS para a formulação de políticas locais de saúde – os conselhos e as conferências de saúde – não têm alcançado o seu papel precípua de inserção de atores sociais

que sejam capazes de refletir sobre os problemas locais e propor respostas de acordo com as necessidades e o contexto em que estão inseridos.

Isso dar-se em razão da inexistência do compartilhamento de processos decisórios entre os entes federados. Na prática, há pouca autonomia para os municípios quando comparado com as demais esferas de governo (SANTOS; MELO, 2008).

Há mais exemplos de desenhos de políticas em favor de serviços integrados do que exemplos de implementação desses serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). O SUS tem um arcabouço jurídico-legal e de políticas públicas invejável. Contudo as barreiras para a implementação de políticas que garantam a integralidade da atenção variam desde problemas com o financiamento do sistema de saúde até a falta de adesão de profissionais, principalmente os médicos, que veem suas funções ameaçadas pelo tipo de serviço generalista e pelo desenho dos sistemas integrais de saúde. Nestes, o foco é a atenção primária à saúde, com conseqüente redução da demanda por especialistas médicos e empoderamento de outros profissionais da saúde, como as enfermeiras, para o atendimento dos usuários.

4.2 OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A segunda dimensão que compõe o princípio da Integralidade diz respeito à organização dos serviços de saúde e das práticas. Segundo Mattos (2001), para produzir Integralidade seria necessário a superação dos limites da medicina anátomo-patológica e sua racionalidade médica, comum na organização das unidades básicas de saúde, para uma organização do serviço voltada para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública e de promoção da saúde.

O autor ilustra a Integralidade como organização dos serviços e das práticas com base nas modificações que se deram no curso da história nas unidades básicas de saúde, principalmente com a introdução do prontuário único e o atendimento da demanda espontânea. Todavia tais mudanças não foram capazes, por si só, de imprimir nas práticas dos profissionais atitudes visando a Integralidade da atenção, uma vez que em unidades básicas de saúde ainda persiste a organização fragmentária dos serviços por programas verticais, sem que haja articulação nem mesmo entre os profissionais de uma mesma unidade.

Isso se torna mais grave quando se pensa na articulação das unidades com a rede municipal de serviços de saúde. Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integralidade remete, obrigatoriamente, à integração de serviços por meio de redes assistenciais com interdependência dos atores e organizações, haja vista que nenhuma delas dispõe de recursos capazes de responder em totalidade aos problemas de saúde da população.

Nesse sentido, é preciso destacar que a gestão nacional do Sistema Único de Saúde tem empreendido algumas ações (ao modo de políticas nacionais) para que o Estado brasileiro cumpra o seu papel em ofertar assistência à saúde. Em 2006, a Política Nacional da Atenção Básica ampliou o seu escopo no Brasil, reafirmando este nível de atenção como o foco precípua do SUS, por meio de ações de promoção da saúde, proteção contra riscos, prevenção de agravos e tratamento dos problemas crônicos. Desde então o Programa de Saúde da Família tornou-se estratégia para expansão e consolidação da atenção básica no país, imprimindo mudanças na organização do processo de trabalho nesse nível de atenção e no financiamento, com incentivos para os gestores que aderissem à estratégia, sendo esta de caráter substitutivo de outros modelos de atenção básica, como as unidades básicas de saúde e sua equipe e lógica de organização dos serviços.

Entretanto, recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011b), propondo mudanças na lógica de organização do processo de trabalho na atenção básica e no financiamento de equipes de atenção básica (EAB). Estas passariam a atuar não somente na Estratégia Saúde da Família, como um modo de ampliar e fortalecer essa estratégia, mas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), inclusive com flexibilização da carga horária para médicos, enfermeiras e odontólogos. O argumento do Ministério da Saúde para a implementação do PMAQ centra-se na necessidade de melhoria da qualidade na atenção básica, uma vez que a cobertura do Programa de Saúde da Família no Brasil alcança, após 17 anos de implantado, 53,49% (BRASIL, 2011a), contra uma cobertura populacional de outros modelos de Atenção Básica que varia entre 20% e 40% (BRASIL, 2011b).

Não é a primeira vez que o Ministério da Saúde tenta promover a extensão da cobertura da atenção básica no Brasil. Em 2002 houve uma tentativa por meio do Programa de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo era contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e de desempenho dos serviços de saúde no país.

Entretanto nota-se que dessa vez a expansão dar-se-á nos moldes de outros programas de extensão de cobertura experimentados no passado e discutidos neste trabalho em capítulos anteriores, como o PIASS e as AIS, o que nos remete a alguns questionamentos: seria o reconhecimento da falência da Saúde da Família uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica? Como garantir a Integralidade no SUS quando o modelo de atenção à saúde adotado nas UBS ainda é o modelo assistencial biomédico? Como garantir o vínculo dos profissionais com o serviço e com os usuários com a flexibilização da carga horária? É desse modo que se busca melhorar a qualidade da atenção básica, estimulando a convivência institucionalizada de duas lógicas de organização da Atenção Básica?

Além disso, com a introdução da flexibilidade de carga horária os profissionais que atuam nas equipes de atenção básica poderão também atuar nas equipes de saúde da família, o que poderia afetar diretamente o vínculo destes com os serviços e com as comunidades em que atuam. Em Salvador, esse quadro de desvinculação profissional/território poderá ser ainda mais agravado, uma vez que é baixa a cobertura da estratégia saúde da família.

Mendes (1996) afirma que “a desobediência ao princípio da Integralidade, permitindo a convivência de um programa de saúde da família com outros programas verticais torna-o ineficaz e ineficiente” (MENDES, 1996, p. 279). Para que o SUS se aproxime de sua imagem-objetivo é necessário superar os obstáculos estruturais.

Assim, é preciso que no âmbito da oferta dos serviços haja um equilíbrio entre os níveis de atenção e os serviços, ou seja, garantir a Integralidade da atenção à saúde em um território demanda que ações programáticas estejam equilibradas com ações de demanda aberta, ou de caráter hospitalar.

As grandes cidades ou regiões metropolitanas concentram grande volume de tecnologias de alta densidade e baixa cobertura assistencial na atenção básica, enquanto no interior do país a tendência é acontecer o oposto, como aponta o estudo de Viana et al (2006). Contudo essas discrepâncias nos modos de organizar o sistema de saúde podem ser observadas em outros países que têm um sistema de saúde parecido com o SUS, como no caso do Canadá e da Finlândia (KOKKO, 2009), e vêm enfrentando os desafios para o alcance da Integralidade.

Com base em uma revisão sistemática da literatura sobre o sistema de saúde canadense, Suter et al (2009) apresentam 10 princípios universais dos sistemas de saúde integrais que tiveram sucesso e que podem ser utilizados por *policy makers* para tomada de

decisões em relação à organização dos sistemas de saúde aos quais são responsáveis. As autoras os chamaram de 10 princípios fundamentais para a integralidade:

- a) Serviços abrangentes em todo o contínuo de cuidados, com base na cooperação entre a esfera da saúde e da assistência social, acesso contínuo aos diferentes pontos de atenção à saúde e ênfase no bem-estar, promoção da saúde e atenção básica;
- b) Foco no paciente, ou seja, foco nas necessidades dos pacientes e da população definida, apoio à participação social;
- c) Cobertura geográfica e de escala de serviços, buscando maximizar o acesso e minimizar a duplicidade de serviços ofertados por um mesmo território;
- d) Prestação de cuidados padronizados por meio de equipes interprofissionais, equipes multiprofissionais garantindo a continuidade da prestação dos serviços, adoção de protocolos de atendimento para garantir a qualidade do atendimento;
- e) Gestão de desempenho, por meio do compromisso com a qualidade dos serviços prestados (avaliação de cuidados), diagnóstico, tratamento e cuidados atrelados a resultados clínicos;
- f) Sistemas de informação, melhoria da comunicação e fluxos de informações por meio de monitoramento da prestação de cuidados continuados;
- g) Cultura organizacional e liderança, apoio organizacional e compromisso dos atores envolvidos com o cuidado à saúde, líderes que promovam a coesão;
- h) Integração médica, médicos como porta de entrada para o sistema integral de saúde; deve-se envolvê-los em papéis de liderança para inibir a falta de adesão dos mesmos ao modelo de atenção integral;
- i) Estrutura e governança, estrutura organizacional que promova a coordenação entre os diferentes cenários e níveis de atenção;
- j) Gestão financeira, distribuição equitativa de financiamento para os diferentes níveis de atenção, devendo incentivar o trabalho em equipe e a promoção da saúde, além de um financiamento que garanta os recursos adequados para as mudanças necessárias.

É fácil perceber que muitos desses princípios canadenses não são novidades para a organização do Sistema Único de Saúde. Princípios como prestação de cuidados

padronizados, cultura organizacional, estrutura e governança e gestão financeira podem dar boas pistas de como reestruturar o sistema de atenção à saúde no Brasil, para que se torne mais efetivo em relação ao princípio da Integralidade, principalmente a partir do melhor uso dos sistemas de informação em saúde, que são disponíveis *online*, o que não ocorre em outros países, e subaproveitados para o planejamento nos serviços.

Todavia, ao analisar os 10 anos de atenção integral no sistema quebequense, Vedel et al (2011) concluíram que os desafios naquela província ainda se concentram no fortalecimento da atenção primária, no aumento da participação e *accountability* das enfermeiras nesse nível de atenção à saúde, no desenvolvimento de um sistema de informações eficaz e partilhado entre os diferentes níveis de atenção, além de uma melhor colaboração/articulação entre os cuidados primários e secundários.

No Brasil, ainda que haja mecanismos institucionalmente definidos para o planejamento e delineamento de serviços e ações de saúde baseados nas necessidades de saúde das pessoas e das comunidades, como a territorialização e a redivisão de uma área de abrangência de uma unidade básica de saúde em microárea de risco, observa-se na prática dos serviços de saúde a subutilização dessa estrutura organizacional do trabalho para reverter em ações de melhoria da assistência prestada.

Nesse sentido é que Mattos (2001) reflete que é possível aproximar-se da Integralidade por meio de práticas desempenhadas pelos profissionais.

4.3 OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS

A terceira dimensão diz respeito às práticas dos profissionais de saúde. Mattos (2001) advoga a Integralidade como um valor a ser também sustentado nas práticas dos profissionais, ou seja, na forma como os profissionais dão respostas aos pacientes que os procuram.

Dado que na atenção básica a variedade de tipos de problemas de saúde é maior que em outros níveis, é necessário que contenha amplos tipos de intervenções. Assim, garantir a Integralidade da atenção é ajustar os serviços às necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, Cecílio e Matsumoto (2006) propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde, dando uma ideia totalizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos e que se encontra organizada em quatro grandes conjuntos. O primeiro seria de necessidades de boas condições de vida, de cunho funcionalista-humanista, trabalhada por

autores marxistas como Berlinguer, Franco e Catellanos; tais concepções podem ser encontradas na operacionalização de modelos technoassistenciais de saúde, como “Cidades Saudáveis” e SILOS, além de fazer parte do discurso da Saúde Pública da OMS.

O segundo seria a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, aí incluída a concepção de ação programática e a concepção de necessidade individual de saúde. O terceiro trata da ideia de vínculo afetivo e efetivo que tem que existir entre o usuário e a equipe e/ou profissional, ou seja, o estabelecimento de uma relação contínua no tempo. O quarto e último conjunto são as necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito). Aqui é incorporada a ideia de que cada pessoa deve adquirir graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, isso significando incorporar a ideia do pensamento crítico de Educação em Saúde, incluindo a luta pela satisfação das suas necessidades da forma mais ampla possível (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Segundo os autores, as taxonomias têm servido para introduzir, nos serviços de saúde que as utilizam, processos de reflexão, sensibilização dos profissionais e para a definição de novas estratégias de organização da assistência, principalmente quando são usadas como instrumentos gerenciais. Assim, Starfield (2002) argumenta que um melhor julgamento da integralidade dar-se-á pela variedade disponível de serviços que atendem às necessidades que são comuns numa população, assim como a utilização adequada dos serviços.

Portanto, não há um pacote pronto de práticas que garantam e assegurem a Integralidade. Segundo Mattos (2004), é preciso que o profissional (e a equipe de saúde) compreenda o contexto específico de cada encontro com as pessoas, adotando uma postura que seja capaz de identificar, por meio do conhecimento técnico, as necessidades preventivas e assistenciais pertinentes, selecionando-as e ofertando-as no contexto de cada encontro.

Do mesmo modo, Starfield (2002) diz que nenhum profissional deve lidar sozinho com todas as necessidades da população, mas que seja assegurado a eles a manutenção de suas competências para lidar com os problemas que se apresentem. Assim é que, para a autora, os serviços de saúde devem estar disponíveis e devem ser prestados de acordo com os problemas que ocorram com frequência, ou seja, as práticas devem estar voltadas para as necessidades comuns, podendo variar de comunidade para comunidade conforme incidência ou prevalência.

O sistema de saúde do Québec sofreu mudanças nesse sentido com a introdução do planejamento populacional nos serviços de saúde. O planejamento passou a dar respostas aos problemas comuns e não mais individuais, uma vez que era realizado sobre uma base populacional, a planejar os serviços com base nas necessidades mais previsíveis, resultando em uma modalidade de planejamento que leva em conta as massas críticas locais (BRETON et al, 2008).

Essa noção territorial do planejamento no Québec avança quando se preocupa com as pessoas, independente de serem usuários ou não dos serviços, ou seja, não busca satisfazer as necessidades dos seus usuários, mas inclusive dos que não encontram respostas naquele serviço de saúde. Os autores reconhecem que em grandes centros urbanos a abordagem populacional de planejamento deve ser combinada com a organização do sistema de saúde local, levando em consideração os recursos disponíveis, para assim potencializar os recursos do território para impactar sobre a saúde da população (BRETON et al, 2008).

Essa estratégia do Québec potencializa a participação das pessoas nas decisões no sistema de saúde, uma vez que ao se perceberem como foco do planejamento da saúde pública as pessoas se sentirão parte do processo e não objeto das ações de saúde. Talvez esse protagonismo por parte dos usuários esteja faltando no Sistema Único de Saúde, tanto na gestão e nas políticas de saúde, quanto nos processos de monitoramento e avaliação, mas principalmente na mudança da cultura de participação, tirando as pessoas da passividade em que os profissionais lhes dizem o que é o melhor a ser feito.

Levando em consideração que as informações produzidas no cotidiano dos serviços têm servido apenas para alimentar os sistemas de informação à saúde de modo a evitar a suspensão no repasse dos recursos financeiros, como prevê a Portaria n. 699/2006 (BRASIL, 2006), e que essas informações não têm sido objeto de análise para o planejamento local, disso resulta que os serviços são conduzidos pelos programas assistenciais nacionais, ou seja, perde-se o foco nas necessidades locais e a relação estabelecida entre os serviços e o usuário é de oferta-demanda, em que a oferta de ações e serviços nas unidades de saúde é o que define a demanda dos usuários. Essa situação cria um vínculo profissional-usuários-serviço do tipo clientelista. Segundo Breton et al (2008), a principal preocupação dos serviços de saúde tem que ser em responder às demandas das pessoas.

Outro impacto negativo para os usuários é que ao não se sentir parte daquele espaço (as unidades de saúde) também deixam de cumprir outro direito enquanto usuários e dever

como cidadãos que lhes é atribuído: a participação nas esferas decisórias do SUS. Além disso, a marginalização dos usuários só reforça a ideologia do modelo médico-hegemônico, em que eles entendem a saúde somente como a ausência de doença, ou seja, deixam de participar de ações preventivas e de promoção da saúde. É importante destacar que existem poucos estudos que dão voz aos usuários, ou seja, só analisam o lado da oferta e não da demanda.

Para o usuário, integralidade significa cuidados de saúde transparentes e acessíveis, ou seja, os usuários querem uma resposta coordenada do sistema de serviços de saúde para os seus problemas, minimizando a sua peregrinação pelos serviços de diferentes níveis sem o mínimo de garantia de atendimento, além de quererem que os trabalhadores da saúde sejam conscientes da sua saúde. Para os usuários, a integralidade também se faz por meio de articulação das informações entre os trabalhadores dos diferentes níveis de assistência. Em outras palavras, eles querem a continuidade dos cuidados que lhes são prestados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; VEDEL et al; 2011).

5 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: OS ESTUDOS DE LINHA DE BASE

Considerando a proposta avaliativa deste estudo, pretende-se neste capítulo realizar uma abordagem conceitual sobre avaliação em saúde, com foco para os estudos de linha de base. A pesquisa avaliativa corresponde a julgamento feito sobre as práticas sociais com base em uma pergunta não respondida na literatura especializada por meio de métodos científicos. A avaliação em saúde pode agregar diversos objetos para a investigação, desde as práticas cotidianas até as que dizem respeito ao trabalho, ou seja, as intervenções sociais planejadas, porém com uso de recursos de métodos distintos (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Estudos de linha de base avaliativa são responsáveis por compor um retrato da situação atual de um objeto investigado, em virtude da sua aproximação com a realidade, podendo servir como referência para processos avaliativos futuros, principalmente para efeito de comparação, continuidade e/ou aprofundamento.

No Brasil, estudos de linha de base avaliativa ocuparam a agenda do governo a partir de 2005, quando teve início o terceiro componente do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), que correspondia à fase de monitoramento e avaliação da atenção básica. Esses estudos foram desenvolvidos em 231 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, agrupados por proximidade regional, porte populacional e vias de acesso (BRASIL, 2005). A produção bibliográfica organizada por Hartz, Felisberto e Vieira da Silva (2008) reúne os principais resultados desses estudos de linha de base desenvolvidos no país e financiados pelo Banco Mundial.

Desde a implantação do Programa de Saúde da Família o Ministério da Saúde empenha esforços para a consolidação deste que foi alçado ao *status* de estratégia para reorganização da atenção básica no país, inclusive com projetos avaliativos de tamanha envergadura. Contudo com foco apenas nesse modelo de atenção básica. É possível que com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) o foco avaliativo do Ministério da Saúde alcance outros modelos de atenção básica, uma vez que as unidades básicas de saúde ganham incentivos financeiros mediante adesão ao PMAQ pelos municípios e, possivelmente, com base no modelo de formulação de políticas públicas de John Kingdon, encontre neste Programa a janela (CAPELLA, 2007) para alcançar a agenda governamental.

Como revela a revisão apresentada por Christie (2007) sobre pesquisas avaliativas que apoiam a gestão, este estudo inédito de linha de base avaliativa da rede de unidades básicas de saúde de Salvador pode apoiar a gestão da saúde municipal, haja vista que com o PMAQ as então esquecidas UBS ganham centralidade na agenda de governo, podendo o gestor municipal valer-se dos resultados aqui apresentados para conhecimento da rede local, e com isso aprimorar a prática de gestão, mantendo e/ou fortalecendo os bons resultados e melhorando as fragilidades da rede, ou seja, o gestor terá melhor condição para a tomada de decisão.

Os estudos de linha de base na atenção básica empreendidos no Brasil com a criação do PROESF viabilizaram um processo de aprendizado institucional sobre a avaliação na atenção básica entre avaliadores e gestores, incentivando a produção acadêmica como uma rede de apoio à política avaliativa (FELISBERTO et al, 2008). Ainda que fora do bojo dos estudos fomentados pelo PROESF, o Grupo de Pesquisa Gerir, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, baseado na pesquisa intitulada *Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na Integralidade* (MELO et al, 2007), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), por meio do Projeto PPSUS n. 0029/2007, desenvolveu duas outras dissertações de mestrado (SILVA, 2010; ALMEIDA, 2010) e um trabalho de conclusão de curso de graduação (DEIRÓ; NASCIMENTO, 2010), todos com escopo em uma linha de base avaliativa.

A atividade de avaliar constitui-se um desafio tanto para o serviço quanto para as instituições de ensino (FELISBERTO et al, 2008), haja vista que os mecanismos para institucionalizá-la no âmbito da saúde não são novos, e consolidam-se cada vez mais à medida que temos assistido a aproximação de políticas e programas do Ministério de Saúde com um enfoque gerencial, vide o PMAQ.

Como já apresentado anteriormente, neste estudo a construção do processo avaliativo da atenção básica considerou a Integralidade sob três prismas: as políticas específicas no âmbito da atenção básica, a organização dos serviços e das práticas e as práticas dos profissionais. Pinheiro e Silva Junior (2008), ao proporem um marco teórico-lógico para análise das práticas avaliativas amistosas à integralidade, levantaram três eixos ou dimensões principais: dimensão da gestão e reorganização dos serviços de saúde; dimensão de conhecimentos e práticas dos trabalhadores; e dimensão de direito à saúde.

Para a dimensão da gestão e reorganização dos serviços de saúde constituem

categorias temáticas transversais elementos como a demanda, necessidades e oferta, pois são considerados no cotidiano das práticas como estruturantes nos serviços de saúde. Nesta dimensão destaca-se a possibilidade de no momento de construção do processo avaliativo levar em consideração as especificidades regionais, os contextos e como esses processos se inserem na atenção básica (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

A segunda dimensão diz respeito aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores. O intuito desta dimensão é trazer à tona em processos avaliativos da atenção básica a capacidade dos trabalhadores de produzirem práticas cuidadoras com acolhimento e articulação da atenção prestada (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008). Aqui se torna evidente que as práticas de saúde para o alcance da Integralidade são múltiplas, devendo ser compreendidas em estudos avaliativos como práticas sociais, conforme propõe Vieira da Silva (2005). Ainda sobre essa dimensão avaliativa da integralidade, os autores advogam a centralidade da participação dos diversos agentes da saúde (usuários, profissionais e gestores) na produção de novos conhecimentos com base nos lugares que ocupam e nos papéis que exercem nos serviços de saúde.

A terceira dimensão, denominada de direito à saúde, vem na direção de fortalecimento da institucionalização da avaliação em saúde, o que não se esgota nesta dimensão, mas a partir de um processo dialógico com as outras duas propostas. É nesta dimensão que se busca destacar a importância do usuário no processo avaliativo, como “portador de experiências com alta potência formativa oferecidas ao conjunto dos atores implicados com a produção do cuidado, qualificando-os como avaliadores.” (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008, p. 32).

Ainda que esta pesquisa não tenha se balizado por tais dimensões acima apresentadas, é possível notar as convergências entre aquela e essa proposta, cabendo neste momento o delineamento da nossa abordagem avaliativa sobre a atenção básica com foco na Integralidade. Antes é preciso esclarecer que para a construção das dimensões deste estudo foi levado em consideração o contexto local da atenção básica municipal, suas especificidades e características político-organizacionais. Apesar de incipientes, os indicadores e variáveis selecionados mostraram-se sensíveis e específicos à proposta avaliativa.

Na dimensão das políticas específicas elegemos a adoção da atenção básica como uma prioridade política municipal e o processo participativo de tomada de decisão. Aqui estão entendidos que para a aproximação da Integralidade o município terá de cumprir as metas pactuadas para a atenção básica, assim como ter a capacidade de elaborar – seja no âmbito

central, do conselho de saúde ou das unidades de saúde – projetos (ou políticas) com base nos problemas do estado de saúde da população, e a existência de conselhos locais de saúde, que são instâncias locais que aproximam os serviços dos usuários, possibilitando a eles o protagonismo para a demanda de ações específicas de saúde.

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas foi selecionado o processo de gestão das unidades básicas de saúde, em relação às práticas de planejamento e monitoramento dos serviços e ações; a organização de processos de trabalho, por meio da existência de iniciativas de educação permanente promovidas pela organização, e que guardam coerência com a função desempenhada pelo trabalhador, de reorganização do processo de trabalho com base em resultados de avaliações nos serviços – com o objetivo de investigar a existência e o uso do processo avaliativo para adequações nos serviços para o alcance da Integralidade –, além dos vínculos empregatícios dos trabalhadores e a sua forma de seleção.

A terceira dimensão, denominada práticas dos profissionais, agrega o foco das ações, por meio da escuta ampliada e capacidade dos profissionais de intervirem sobre os problemas identificados, e da promoção da saúde e prevenção de agravos, investigando se os profissionais atuam sobre os determinantes do processo saúde-doença na população. Agrega também o processo de cuidado, por meio da orientação da comunidade para a continuidade da atenção à sua saúde, além da orientação para o autocuidado; na relação profissional-paciente o foco dado foi ao acesso do usuário ao profissional que o tenha atendido para esclarecimento de dúvidas e o grau de clareza da comunicação profissional-usuário; na relação profissional com o serviço destacamos a identificação e satisfação do profissional com o seu trabalho.

Nota-se que o desenho desse estudo confere voz aos usuários, processo inovador em pesquisas avaliativas, conforme têm apontado alguns estudos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; VEDEL et al, 2011), alçando-os ao *status* de avaliadores, atribuindo na consulta a esses sujeitos mais do que critérios de satisfação, como criticam Pinheiro e Silva Junior (2008), mas elementos que, com base na experiência e visão de mundo dos avaliadores, pudessem agregar conhecimento para melhor responder aos indicadores na análise desta pesquisa.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo-avaliativo e com abordagem quantitativa, com foco no princípio da Integralidade.

Este estudo originou-se de um projeto guarda-chuva intitulado *Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na Integralidade* (MELO et al, 2007), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), por meio do Edital pesquisa para o SUS (PPSUS), Projeto n. 0029/2007. Essa dissertação, realizada entre março de 2010 e setembro de 2011, foi precedida pelo estudo de Silva (2010) e, juntos, compõem uma linha de base avaliativa da Atenção Básica em Salvador, com foco no princípio da Integralidade.

Para constituição da matriz de indicadores do projeto acima referido, também utilizada por esse estudo, utilizou-se o referencial de Mattos (2001), o qual define três dimensões nas quais se expressam a Integralidade: a dimensão das políticas específicas, a dimensão da organização dos serviços e organização das práticas e a dimensão das práticas profissionais. Baseado nessas três dimensões foram elaborados os indicadores da pesquisa, as respectivas variáveis e, destas, as questões avaliativas.

Diante da polissemia encontrada na literatura sobre o termo Integralidade, este estudo também lançou mão do conceito operacional de Integralidade elaborado pelo projeto de origem. A elaboração do conceito deu-se tomando por base as oficinas promovidas pelo grupo de pesquisa Gerir, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, apoiada na discussão de diversos textos que abordam o tema. O conceito operacional foi validado por pesquisadores externos ao grupo de pesquisa Gerir.

Desse modo, este estudo também compreende que a Integralidade se expressa na articulação entre as políticas de saúde específicas e implantadas, a organização dos serviços e das práticas para atender às demandas e necessidades de saúde de indivíduos, família e comunidade e as práticas dos profissionais que revelem vínculo e responsabilização com os usuários.

6.1 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do estudo envolveu gerentes, profissionais da saúde que atuam na rede de unidades básicas de saúde de Salvador e usuários do SUS que demandam atenção (homens, mulheres e acompanhantes de crianças), distribuídos em diferentes unidades básicas e distritos sanitários, durante o período de abril a setembro de 2011.

6.2 LOCAL DA PESQUISA

O município de Salvador é a capital do estado da Bahia, tem uma superfície de 707 km², uma população, segundo o Censo 2010, de 2.675.656 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Apresenta-se organizado em 18 Regiões Administrativas, e, no âmbito da Saúde, em 12 Distritos Sanitários.

De acordo com os dados da Secretaria Municipal da Saúde (SALVADOR, 2010), estão distribuídas entre os 12 distritos sanitários 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com modelo assistencial tradicional, além de nove Unidades de Pronto Atendimento nas 24 horas. Somam-se 56 Unidades de Saúde da Família, com até quatro equipes de saúde da família por unidade. Vale salientar que algumas unidades de pronto atendimento também oferecem serviço ambulatorial de saúde no modelo assistencial tradicional.

A pesquisa abrangeu as UBS distribuídas nos 12 distritos sanitários, a saber: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Pau da Lima, Cabula/Beirú, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

6.3 PLANO AMOSTRAL

Nesta seção será apresentada a fonte de dados, a amostra de gerentes e profissionais da saúde e o cálculo usado para estimar a amostra de usuários da rede de UBS, além das decisões operacionais tomadas durante a fase de coleta de dados desta pesquisa.

6.3.1 Fonte dos dados

As informações utilizadas para cálculo da amostra dos usuários foram fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde, e utiliza-se a população estimada pelo IBGE para Salvador por distrito sanitário no ano de 2009 (N=2.998.058). As informações relativas à caracterização dos distritos e das unidades (número de profissionais e gerentes, total de distritos, total de unidades por distrito e o tipo da unidade) foram obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio do site <http://cnes.datasus.gov.br>, acessado no dia 13/07/2010.

6.3.2 Amostra de Gerentes e Profissionais

Para este estudo foram sorteadas como unidades amostrais duas UBS por distrito sanitário. Assim, a amostra de gerentes foi estimada em 24 indivíduos. Quanto aos profissionais, a escolha foi intencional de um representante das seis categorias profissionais nas UBS, estimando-se uma amostra de 144 indivíduos.

Com relação à amostra dos profissionais de saúde, decidiu-se, de modo intencional, por seis categorias profissionais por UBS para proceder às entrevistas: enfermeira, médico, odontólogo, técnica em enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde. Essa escolha guarda coerência com a mesma opção feita no projeto guarda-chuva, em que a coleta de informações se fez com as categorias profissionais representantes da equipe mínima de saúde, mantendo a similaridade na coleta de dados entre as unidades de saúde com diferentes modelos assistenciais.

Foi considerado como critério de inclusão para a categoria do gerente da UBS o profissional designado para responder formalmente pela coordenação/gerencia da UBS selecionada, mesmo quando o cargo inexistia na UBS. Para inclusão dos profissionais o critério é que os mesmos deveriam estar vinculados à equipe há, no mínimo, dois meses.

6.3.3 Amostra de usuários

O dimensionamento da amostra foi realizado para estimar a proporção de usuários do SUS que demandam atenção na rede de unidade básica de saúde de Salvador. Como a

população a ser amostrada encontrava-se desagregada em unidades de saúde e o objetivo principal do estudo foi avaliar a aproximação da rede de unidades básicas de saúde com o princípio da Integralidade, optou-se pela técnica de amostragem estratificada por distrito (1 estágio), perfazendo um total de 12 estratos.

Como a frequência do evento em estudo é desconhecida (aproximação da UBS ao princípio da Integralidade), utilizou-se, para estimar a variabilidade, a proporção máxima ($p=0,50$) sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 2% ($d=0,02$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional.

O total de elementos da população (N) foi obtido com base na população estimada para Salvador por distrito sanitário no ano de 2009 ($N=2.998.058$). O n encontrado ($n=600$) foi alocado proporcionalmente ao número de usuários por distrito (fração amostral). Ao valor encontrado foram acrescentados 20% para perdas eventuais ($n=120$).

Para esse plano amostral, a UBS com modelo assistencial tradicional foi unidade amostral, e o usuário a unidade respondente. Para o sorteio das unidades amostrais utilizou-se a rotina *sample* do *software* STATA versão 8.0. O tamanho da amostra foi obtido com base na seguinte expressão da amostra aleatória simples (AAS)²:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) * N / [d^2 (N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)]$$

onde,

p =proporção de indivíduos que detectaram a aproximação da UBS para o princípio da Integralidade ($p=0,50$);

N =população estimada para Salvador no ano de 2009 ($N=2.998.058$).

d =erro amostral ($d=0,02$);

$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ – tamanho mínimo do efeito – detecta o número mínimo de usuários necessários para se fazer a comparação adequada dos efeitos.

Tendo como base as informações fornecidas pelo cadastro anteriormente referido, pode-se desenvolver o seguinte esquema amostral:

- a) Visando garantir a representatividade e a viabilidade do trabalho (custos e pessoal disponível para o trabalho de campo), decidiu-se o sorteio de duas unidades básicas por distrito sanitário, perfazendo um total de 24 unidades de saúde.

b) Utilizando as unidades sorteadas e o número de entrevistados alocados proporcionalmente por distrito sanitário, foi utilizada a seguinte sistemática para seleção do entrevistado:

- Ser usuário de qualquer serviço oferecido na UBS e que a esteja frequentando pelo menos pela segunda vez; que aceite participar da pesquisa; dar prioridade à abordagem a homens, jovens, mulheres e idosos, nesta ordem; concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Inserem-se na amostra as unidades de Pronto Atendimento de Pau da Lima e Cabula/Beiru. Isso se dá pelo fato delas não terem sido selecionadas por meio de sorteio. Desse modo, em cada distrito foram selecionadas para a coleta uma UBS e uma UBS com pronto atendimento.

A justificativa para o critério de abordagem dos usuários dá-se em virtude de, no estudo de Silva (2010), haver sido registrado um quantitativo elevado de mulheres respondentes, isso porque são as mulheres que mais frequentam os serviços de saúde, seguidas por pessoas idosas e acompanhantes de crianças (em sua maioria mulheres). Ainda que no estudo as respostas de homens e mulheres não tenham apresentado diferenças proporcionais estatisticamente significantes, este critério tem por objetivo, também, dar visibilidade aos homens e às pessoas jovens que frequentam em minoria os serviços de saúde.

Tabela 1 – Distribuição da população estimada para o ano de 2009 e da amostra de usuários com reposição por distrito sanitário – Salvador, Bahia – 2010

Distrito Sanitário	População 2009	Fração Amostral	Amostra_{AAS}	Amostra de reposição
Centro Histórico	69.745	0,02	14	3
Itapagipe	173.293	0,06	35	7
São Caetano/Valéria	265.617	0,09	53	11
Liberdade	172.514	0,06	35	7
Brotas	263.682	0,09	53	11
Barra/Rio Vermelho	365.310	0,12	73	15
Boca do Rio	132.984	0,04	27	5
Itapuã	222.477	0,07	45	9
Cabula/Beiru	428.701	0,14	86	17
Pau da Lima	361.420	0,12	72	14
Subúrbio Ferroviário	350.912	0,12	70	14
Cajazeiras	191.401	0,06	38	8
Total	2.998.058	1	600	120

Fonte: Salvador (2009).

6.3.4 Decisões operacionais

A proposta inicial deste estudo era investigar duas UBS por distrito sanitário. Entretanto, durante a coleta dos dados percebeu-se que, em virtude do tempo para a conclusão do estudo e de condições logísticas e operacionais, fez-se necessário algumas mudanças no procedimento de coleta dos dados. Assim, não mais foram coletados os dados em duas UBS por distrito sanitário, mas apenas em uma. Entretanto, manteve-se o *n* da amostra de usuários, ou seja, na UBS selecionada entrevistou-se o *n* calculado para o distrito sanitário.

Contudo, essa decisão foi tomada após o procedimento de coleta planejado anteriormente ter sido aplicado em três distritos sanitários. Assim, as amostras estimadas para gerentes e profissionais sofreram modificações. Esperava-se para os primeiros uma população de 24 indivíduos, porém totalizam 15 indivíduos. Para os profissionais, esperava-se uma população composta por um representante de seis categorias intencionalmente escolhidas, o

que totalizaria 144 indivíduos, contudo, com a mudança de procedimento, este valor alterou-se para 90 indivíduos.

Outra mudança operacional deu-se com relação ao sorteio das unidades, que ocorreu visando garantir a aleatoriedade da escolha. Essa mudança deu-se com base em eventos não controlados pelo pesquisador. Por exemplo: a UBS sorteada no distrito Barra-Rio Vermelho havia sido transformada em uma unidade de saúde da família. Em outros distritos sanitários (DS) ocorreram diferentes eventos: a unidade sorteada estava fechada para reforma; a coordenação do DS foi que nos direcionou para a unidade. Sendo assim, a ideia de fazer coleta em duas unidades básicas de saúde, sendo uma sem e outra com serviço de pronto atendimento também não pode ser mantida.

6.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

Neste item serão abordados os instrumentos de coleta de dados, a seleção e o treinamento da equipe, e como se deu o processo de coleta de dados.

6.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Para cada grupo de informantes foi elaborado um modelo de formulário (APÊNDICES 1, 2 e 3). Há questões com possibilidade de resposta dicotômica, questões abertas e questões com resposta graduada em uma escala ordinal de um (1) a cinco (5), de acordo com a confiabilidade da resposta dada, especificamente para gerentes e profissionais.

A primeira parte do formulário para os gerentes e os profissionais é composta pelas características sociodemográficas dos entrevistados, a segunda por questões que abordam a dimensão das políticas de saúde específicas (PE), a terceira por questões sobre a organização dos serviços e das práticas (OSP) e a quarta parte por questões sobre a dimensão das práticas profissionais (PP). O formulário para os usuários está composto somente de duas partes: a primeira aborda as características sociodemográficas e a segunda é composta por questões sobre as práticas dos profissionais (PP).

As questões relativas às políticas de saúde específicas para a Atenção Básica incluem características de processo participativo na tomada de decisão; as questões referentes à organização dos serviços e das práticas incluem o processo de gestão, a organização de

processos de trabalho; as questões referentes às práticas profissionais incluem o processo de cuidado, a relação profissional-paciente e a relação profissional serviço, além da caracterização do vínculo empregatício e do foco das ações dos profissionais de saúde.

6.4.2 Seleção e treinamento da equipe

A equipe de coleta de dados foi composta por voluntários: estudantes de graduação, pós-graduação e outros membros do Grupo Gerir que demonstraram interesse em colaborar e participar da pesquisa.

Após apresentação voluntária para compor a equipe de coleta desta pesquisa, houve uma oficina na qual o projeto e os formulários foram apresentados e, após leitura coletiva, esclarecidas as dúvidas. Foram realizadas simulações de entrevistas para melhor preparar a equipe, enfocando as formas de abordagem e os aspectos éticos.

6.4.3 Coleta dos dados

A coleta teve início simultâneo nos distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário e Cabula-Beirú, por concentrarem as maiores amostras de usuários, 70 e 86, respectivamente. Em seguida nos demais distritos, de acordo com a disponibilidade dos voluntários para aplicação dos formulários e da autorização da coordenação dos distritos sanitários.

Antecedeu a entrada dos entrevistadores no campo o contato prévio do pesquisador responsável com a coordenação do distrito sanitário para confirmação e comunicação da equipe para a coleta dos dados, transmitida por meio de ofício circular pela Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH) da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.

Uma dificuldade foi com relação à coleta de informações com alguns profissionais, principalmente os médicos e os cirurgiões dentistas. Na maioria das unidades em que a pesquisa foi realizada o serviço de odontologia estava suspenso ou funcionando parcialmente, ou porque não havia material disponível para o trabalho, ou porque os equipamentos estavam quebrados, ou ambas as situações. Assim, alguns desses profissionais não compareciam ao local de trabalho, ou se retiravam mais cedo que o horário previsto. Quanto aos médicos, a dificuldade estava relacionada com a excessiva demanda de atendimento para esses

profissionais, o que dificultava a aproximação do entrevistador, ou gerava recusa em participar da pesquisa. Todas as entrevistas deste estudo foram realizadas no âmbito dos serviços de saúde nos respectivos distritos sanitários.

6.5 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Baseado nas dimensões da integralidade adotadas no referencial teórico, foram definidos os indicadores, as variáveis, as fontes de informação, os parâmetros e a pontuação atribuída aos mesmos.

Quadro 1 – Indicadores da dimensão das políticas de saúde específicas (PE)

INDICADORES	VARIÁVEIS / FÓRMULA	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTE	PARÂMETROS	PONTUAÇÃO
PE 1 Adoção da Atenção Básica como prioridade política municipal	PE 1.2 Percentual de cumprimento de metas de cobertura de UBS, consultas médicas/habitante, visitas do ACS.	O quanto são cumpridas as metas?	Plano Municipal de Saúde (2010-2013) e Relatório Anual de Gestão (2010).	Só pontuar as metas alcançadas.	1 ponto para cada meta alcançada.
PE 2 Processo participativo na tomada de decisão	PE 2.1 Existência de projetos de saúde voltados para atenção individual e/ou coletiva da população adstrita e/ou usuária da UBS.	Existe projeto/ação desenvolvida pela equipe de saúde com base nos problemas locais do estado de saúde?	Gerente, profissionais.	Projeto/ação de intervenção contínua para pelo menos um problema local do estado de saúde.	Sim= 5 Não=0
	PE 2.2 Existência de conselho local de saúde.	Existe conselho local de saúde?	Gerente.	Existência de conselho local de saúde formalmente instalado.	Sim= 5 Não=0

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Quadro 2 – Indicadores da dimensão da organização dos serviços e das práticas (OSP)

(continua)

INDICADOR	VARIÁVEIS	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
OSP 1 Processo de gestão	OSP 1.1 Utilização contínua de mecanismos de planejamento na organização dos serviços.	São realizadas ações de planejamento?	Gerente/enfermeiras.	Utilização de instrumentos/mecanismos de planejamento das ações e atividades.	Sim= 5 Não= 0
	OSP 1.2 Utilização contínua de monitoramento da produção de serviços.	São realizadas ações de monitoramento da produção de serviços?	Gerente/enfermeiras.	Utilização contínua de instrumentos/mecanismos de monitoramento da produção de serviços.	

Quadro 2 – Indicadores da dimensão da organização dos serviços e das práticas (OSP)

(conclusão)

INDICADOR	VARIÁVEIS	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
OSP 2 Organização de processos de trabalho	OSP 2.3 Existência de iniciativas de educação permanente ofertadas pela organização.	Existem iniciativas de educação permanente promovidas pela organização e que guardam coerência com a função desempenhada pelo trabalhador?	Gerente e profissionais.	Pelo menos 50% de atividades de educação permanente oferecidas pelo serviço e relacionadas com a prática profissional.	De 90% a 100% de respostas afirmativas =5 pontos de 80% a 89% =4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	OSP 2.4 Reorganização do processo de trabalho com base nos resultados da avaliação dos serviços.	Houve iniciativas de reorganização do processo de trabalho nos últimos três meses? Essas iniciativas foram feitas com base em resultados de avaliação dos serviços?	Gerente/enfermeiras.	Qualquer iniciativa de reorganização do processo de trabalho baseada em um processo avaliativo.	Sim = 5 Não= 0
	OSP 2.5 Tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde. Forma de seleção dos profissionais.	Qual o tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde? Qual a forma de seleção dos profissionais de saúde?	Gerente.	É esperado ao menos 50% de trabalhadores concursados.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Quadro 3 – Indicadores da dimensão das práticas profissionais (PP)

(continua)

INDICADOR	VARIÁVEIS	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 1 Foco das ações	PP 1.1 Escuta ampliada e capacidade de intervenção sobre os problemas identificados.	Você identifica outros problemas além dos que o usuário apresenta? Consegue intervir sobre esses problemas?	Profissionais	Mais de 50% dos profissionais têm capacidade de escuta ampliada e intervêm sobre os problemas identificados.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	PP 1.2 Promoção da saúde e prevenção de agravos.	Você atua sobre os determinantes da saúde da população?	Profissionais	Mais de 50% dos profissionais atuam sobre os determinantes da saúde.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
PP 2 Processo de cuidado	PP 2.1 Orientação em relação à continuidade da atenção.	Há orientação para continuidade da atenção?	Usuário	Pelo menos 50% dos usuários orientados em relação à continuidade da atenção.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	PP 2.2 Orientação para promoção do autocuidado.	Há orientação para promoção do autocuidado?		Pelo menos 50% dos usuários orientados em relação ao autocuidado.	

Quadro 3 – Indicadores da dimensão das práticas profissionais (PP)

(continuação)

INDICADOR	VARIÁVEIS	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 3 Relação profissional-paciente	PP 3.1 Acesso ao profissional que o atendeu para esclarecer dúvidas.	Os usuários têm acesso ao profissional de saúde que o atendeu para esclarecer suas dúvidas?	Usuário.	O usuário teve acesso ao profissional que o atendeu todas as vezes ou na única vez em que procurou esclarecer dúvidas sobre o tratamento/cuidado.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	PP 3.2 Grau de clareza da comunicação profissional-usuário.	O diálogo entre profissionais e usuários é feito com linguagem clara e acessível?	Profissional e usuário.	A comunicação deve ser 100% clara para usuário e profissional.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

Quadro 3 – Indicadores da dimensão das práticas profissionais (PP)

(conclusão)

INDICADOR	VARIÁVEIS	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 4 Relação do profissional com o serviço	PP 4.1 a Identificação do profissional com o trabalho.	Você se identifica com o trabalho que desempenha na unidade de saúde da família?	Profissional.	Pelo menos 50% dos profissionais expressam identidade com o trabalho na unidade/área.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	PP 4.1 b Satisfação profissional com o trabalho.	Você está satisfeito como seu trabalho?	Profissional.	Pelo menos 50% dos profissionais expressam satisfação com o trabalho na unidade/área.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados consistiu em descrever o perfil sociodemográfico dos gerentes, profissionais e usuários, as dimensões da integralidade e como estes indivíduos se distribuem entre as unidades.

Foram utilizadas distribuições de frequências uni e bivariadas, gráficos e medidas descritivas. Para definição dos pontos de corte das variáveis contínuas tais como idade e tempo de serviço na unidade foi utilizada a média como medida de tendência central e o desvio padrão como medida de dispersão estatística. As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico *Chi-quadrado de Pearson*, e considerou-se o nível de confiança de 95% ($\alpha \leq 0,05$).

Para a constituição das bases de dados e obtenção dos resultados foram utilizados o Microsoft Access versão 2002; para análise dos dados o STATA v8.0; os gráficos foram gerados pelo Harvard Graphics versão 98.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como já explicitado anteriormente, esta pesquisa é parte de um projeto maior, denominado *Avaliação das Práticas de Saúde na Atenção Básica à Criança com foco na Integralidade* (MELO et al, 2007), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e coordenado pela orientadora do projeto. Como tal, foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia, sob parecer N° 130/2007. Ainda que mantivesse a mesma metodologia, mas tendo em vista a mudança no título da pesquisa e do seu foco, que não se dirige à atenção à saúde da criança, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo de N° 13/2011, tendo recebido parecer favorável, conforme termo de aprovação (ANEXO A).

Todos os entrevistados que consentiram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), conforme preconiza a Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

6.8 LIMITES DA PESQUISA

Não obstante a pesquisa ser uma linha de base avaliativa, alguns aspectos relevantes às suas limitações devem ser explicitados.

Em primeiro lugar é preciso abordar sobre o objeto complexo estudado, uma rede de unidade de um sistema público de saúde em pleno funcionamento. Nesse sentido, um limite que se configurou nesta pesquisa foi a falta de uma logística para dar conta da extensão do campo. A seguir, durante a fase de coleta, foi possível perceber alguns limites dos instrumentos, e que para futuras investigações deverão passar por retificações, a saber: no questionário dos gerentes torna-se desnecessária a pergunta sobre a quantidade de consultórios existentes nas unidades de saúde, assim como a identificação do tipo de informante no questionário dos usuários. Do mesmo modo, seria possível acrescentar no instrumento de gerentes e profissionais uma pergunta sobre o conceito ou entendimento que os mesmos têm sobre o que é a Integralidade, o que poderia gerar uma discussão interessante.

7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos resultados desta pesquisa foi realizada em duas fases. A primeira consiste na análise estatística das respostas fornecidas pelos entrevistados nas três dimensões da integralidade: políticas de saúde específicas, organização dos serviços e das práticas e as práticas profissionais, que são inicialmente analisadas separadamente e em seguida agregadas.

A segunda fase constituiu na atribuição de valores para os resultados apresentados pelos Distritos Sanitários. Estabeleceu-se uma meta para cada indicador e uma meta total, correspondendo à Integralidade, a fim de verificar a proximidade da rede de unidades de saúde com este princípio.

7.1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra calculada para os usuários foi de 600 indivíduos. Entretanto, 69 recusaram-se a participar da pesquisa. Como não foram registradas perdas, a amostra resultou no total de 531 usuários respondentes. Desse modo, foi calculada a taxa de resposta para usuários, profissionais e gerentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra dos usuários, profissionais e gerentes

População	Amostra estimada	Amostra reestimada	Total perdas	Total recusas	Amostra Final	Taxa de Resposta⁽¹⁾
Usuários	600	--	--	69	531	88,5%
Profissionais	144	90	--	12	78	86,7%
Gerentes	24	15	--	1	14	93,3%

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

(1) Taxa de resposta= (Amostra final/Amostra estimada – perdas)*100

Na Tabela 3 encontra-se a área de abrangência da pesquisa, com a distribuição da amostra de usuários por distrito sanitário.

Tabela 3 – Distribuição da amostra estimada e amostra final de usuários por distrito sanitário – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	Amostra Estimada n (%)	Amostra Final n (%)
Centro Histórico	14 (2,3)	14 (2,6)
Itapagipe	35 (5,8)	29 (5,5)
São Caetano / Valéria	53 (8,8)	51 (9,6)
Liberdade	35 (5,8)	32 (6,0)
Brotas	53 (8,8)	46 (8,7)
Barra / Rio Vermelho	73 (12,2)	72 (13,6)
Boca do Rio	27 (4,5)	23 (4,3)
Itapuã	45 (7,5)	34 (6,4)
Cabula / Beirú	86 (14,3)	75 (14,1)
Pau da Lima	72 (12)	60 (11,3)
Subúrbio Ferroviário	70 (11,7)	61 (11,5)
Cajazeiras	38 (6,3)	34 (6,4)
Total	600 (100,0)	531 (100,0)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

7.2 PERFIL DOS USUÁRIOS

Na Tabela 4 encontra-se o perfil sociodemográfico dos usuários participantes da pesquisa. Para garantir a aleatoriedade da amostra, a aplicação dos formulários foi feita em dias e turnos alternados. Contudo, é notória a predominância da população feminina na amostra (87%).

Observa-se que a maior proporção de entrevistados é de adultos e idosos, solteiros e afrodescendentes (46% pretos, 39% pardos). Quanto à escolaridade, observou-se que 39% dos entrevistados completaram o ensino médio.

Um dado que chama a atenção é a renda de 75% dos entrevistados, considerada baixa, uma vez que 49% disseram ter renda inferior ou até um salário mínimo ao mês, enquanto 26% não possuem renda ou não quiseram informar. Os entrevistados que referiram ter renda inferior a um salário mínimo também afirmaram que ela é proveniente do Programa Bolsa Família (que pode variar de R\$ 32,00 a R\$ 306,00) (BRASIL, 2011c). Quanto à situação ocupacional, conforme mostra a Tabela 5, 67% dos entrevistados estavam desempregados ou desocupados no momento da entrevista.

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados (n=531) na Rede de Unidades Básica de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n	(%)
Sexo		
Masculino	68	12,8
Feminino	463	87,2
Grupo etário (n=530)		
Até 24 anos	77	14,5
25 a 29	100	18,9
30 a 35	92	17,4
36 a 41	63	11,9
42 a 47	63	11,9
48 e mais	135	25,5
Estado Civil		
Casado/a	181	34,1
Solteiro/a	209	39,4
União estável	92	17,3
Divorciado/separado/viúvo	49	9,2
Cor		
Preta	247	46,5
Branca	33	6,2
Parda	212	39,9
Amarela	12	2,3
Indígena	8	1,5
Outra	19	3,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	186	35,0
Fundamental completo	30	5,6
Médio incompleto	75	14,1
Médio completo	209	39,4
Superior incompleto/completo/pós-graduação	8	1,5
Não frequentou a escola	13	2,4
Renda		
Inferior a 1 Salário Mínimo (SM)	260	49
Entre 1 a 2 SM	97	18,3
3 ou mais	26	4,9
Sem renda	143	26,9
Não respondeu	5	0,94

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Tabela 5 – Caracterização da situação ocupacional dos usuários da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n	%
Situação ocupacional no momento da entrevista (n=531)		
Empregado	171	32,2
Desempregado	360	67,8
Categoria ocupacional (n=387)		
Donas de casa	132	34,1
Estudantes	4	1,0
Aposentados/Pensionistas/Afastado INSS	29	1,5
Autônomo	20	5,2
Funcionário público	3	0,8
Dirigentes de empresas e organizações	2	0,5
Profissionais das ciências biológicas	1	0,3
Profissionais das ciências sociais e humanas	2	0,5
Comunicadores, artistas e religiosos	1	0,3
Técnicos (nível médio) ciências físicas	7	1,8
Técnicos (nível médio) ciências biológicas	1	0,3
Profissionais de ensino nível médio	10	2,6
Técnicos (nível médio) nas ciências administrativas	9	2,3
Trab. serviços administrativos/escriturário	4	1,0
Trab. atendimento ao público	10	2,6
Trab. setor de serviços	106	27,39
Vendedores, prestadores de serviços do comércio	30	7,8
Trab. da indústria extrativa e da construção civil	4	1,0
Trab. indústrias têxteis, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas	6	1,5
Trab. indústrias de madeira e de mobiliário	1	0,3
Trab. de funções transversais	4	1,0
Não identificado	1	0,3

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Na Tabela 6 estão caracterizados o acesso e uso dos serviços de saúde no que se refere ao tempo e a principal motivação para utilização dos serviços da rede de Unidades Básicas de Saúde.

Quando questionado sobre quais outras razões motivavam a utilização dos serviços das UBS, a resposta mais frequente dos usuários foi o fato destas unidades atenderem à demanda espontânea.

Tabela 6 – Caracterização do acesso e uso dos serviços com relação ao tempo que utiliza e a principal motivação para utilização dos serviços da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n	(%)
Tempo que reside no bairro		
Sempre morou no bairro	98	18,5
Menos de 1 ano	32	6,0
Entre 1 a 5 anos	75	14,1
Entre 5 a 10 anos	52	9,8
Mais de 10 anos	274	51,6
Tempo que utiliza os serviços da Unidade		
Menos de 1 ano	74	13,9
Entre 1 até 5 anos	147	27,7
Entre 5 a 10 anos	71	13,4
Mais de 10 anos	239	45,0
Principal motivação para a utilização dos serviços (n=530)		
Mora perto	335	63,2
Gostou do serviço	56	10,6
Gostou do profissional	7	1,3
Só tem esse serviço	70	13,2
Sou cadastrado	28	5,3
Outro	34	6,4
Outros motivos da utilização dos serviços (n=34)		
Porque aqui faz marcação de exames	4	11,8
Indicação	2	5,9
Facilidade para ser atendido	7	20,6
Atende demanda espontânea	9	26,5
Atendimento melhor que na UBS mais próxima	5	14,7
Dispõe de médico/serviço que preciso	5	14,7
Não posso pagar plano de saúde	2	5,9

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

7.3 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Foram entrevistados profissionais de diversas categorias em todos os distritos sanitários (Tabela 7). Contudo apenas em quatro distritos foi possível entrevistar os seis profissionais selecionados para esta pesquisa (São Caetano-Valéria, Liberdade, Barra-Rio Vermelho e Boca do Rio).

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde segundo distrito sanitário – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	n (n=78)	(%)
Centro Histórico	4	5,1
Itapagipe	10	12,8
São Caetano-Valéria	6	7,7
Liberdade	6	7,7
Brotas	5	6,4
Barra-Rio Vermelho	12	15,4
Boca do Rio	6	7,7
Itapuã	4	5,1
Cabula-Beirú	5	6,4
Pau da Lima	5	6,4
Subúrbio Ferroviário	10	12,8
Cajazeiras	5	6,4

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Os entrevistados ficaram proporcionalmente distribuídos por categoria profissional. Entretanto observa-se menor número de odontólogos (Tabela 9). Isso se deve à ausência desse profissional na unidade nos momentos da coleta, ou por ele ser recém-contratado, não se enquadrando no critério de inclusão definido para a pesquisa, e/ou por recusa em participar.

Foram agrupados na mesma categoria os profissionais de nível técnico das áreas de atuação da enfermagem – técnico e auxiliar de enfermagem –, e da odontologia – técnico em higiene dental (THD) e auxiliar de saúde bucal (ASB) –, por desempenharem a mesma atividade nas unidades básicas de saúde relacionadas às suas respectivas áreas.

Dos profissionais entrevistados, 88% são do sexo feminino, com idade entre 48 anos e mais, casados e afrodescendentes, conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Perfil sociodemográfico dos profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%)
Sexo	
Masculino	9 (11,5)
Feminino	69 (88,5)
Grupo etário	
25 a 20 anos	3 (3,8)
30 a 35 anos	14 (18)
36 a 41 anos	18 (23,1)
42 a 47 anos	14 (18)
48 e mais	29 (37,2)
Estado Civil	
Casado/a	38 (48,7)
Solteiro/a	28 (35,9)
União estável	2 (2,6)
Divorciado/Separado/a	8 (10,3)
Viúvo/a	2 (2,6)
Cor	
Preta	34 (43,6)
Branca	12 (15,4)
Parda	29 (37,2)
Indígena	2 (2,6)
Outra	1 (1,3)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	1 (1,3)
Médio incompleto	2 (2,6)
Médio completo	28 (35,9)
Superior incompleto	6 (7,7)
Superior completo	11 (14,1)
Pós-Graduação	30 (38,5)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Do total de entrevistados, 52% têm ensino superior completo. Desses, 38% com curso de pós-graduação concluído, enquanto 14% são graduados ou estão cursando uma pós-graduação. Dos 30 profissionais que afirmam ter cursado uma pós-graduação, seis fizeram em Saúde Pública/Saúde Coletiva, quatro em Enfermagem do Trabalho, três em Administração Pública/Administração Hospitalar, três em Pediatria, dois em Ortopedia e os demais em outras áreas (Oftalmologia, Dentística restauradora, Periodontia, Prótese, Endodontia, Ortopedia funcional dos maxilares, Neonatologia, Intensivista, Bloco Cirúrgico, Sexualidade Humana, Controle de Infecção Hospitalar, Cirurgia Geral

e Mestrado em Enfermagem).

Tabela 9 – Caracterização funcional dos profissionais entrevistados na Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%)
Categoria profissional	
Enfermeira	15 (19,2)
Técnico/auxiliar de enfermagem	15 (19,2)
Odontólogo	10 (12,8)
THD/ASB	15 (19,2)
Agente Comunitário de Saúde	12 (15,4)
Médico	11 (14,1)
Tempo de serviço (em anos)	
Até 1 ano	13 (16,7)
2 a 5	22 (28,2)
6 a 10	23 (29,5)
11 a 15	7 (9)
16 a 20	4 (5,1)
21 anos e mais	9 (11,5)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

O tempo de serviço dos profissionais nas unidades básicas de saúde que compõem a rede pesquisada variou de um período de até um ano (16%) a 35 anos. Destaca-se o percentual de profissionais com 21 anos e mais de serviço (11,5%).

7.4 PERFIL DOS GERENTES

Foram entrevistados 14 gerentes de unidades básicas de saúde em 11 distritos sanitários (Tabela 10), uma vez que uma gestora, mesmo após ter assinado o TCLE, recusou-se a conceder a entrevista. A maioria dos gerentes é do sexo feminino e com faixa etária entre 41 e 50 anos, solteiros e afrodescendentes. Dos gerentes, 71,4% têm ensino superior completo, sendo três administradores de empresas, três assistentes sociais, uma enfermeira, um odontólogo, um contador, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma bibliotecária, uma encarregada administrativa e uma bacharel em licenciatura em ciências naturais; esses três últimos ocupavam interinamente a função de gerentes, em virtude da ausência deles no momento da entrevista, por motivos de férias, afastamentos etc.

Tabela 10 – Perfil sociodemográfico dos gestores da Rede de Unidades Básica de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%) (n=14)
Sexo	
Masculino	3 (21,4)
Feminino	11 (78,6)
Grupo etário	
Até 30 anos	3 (21,4)
31 a 40	4 (28,6)
41 a 50	6 (42,9)
51 e mais	1 (7,1)
Estado Civil	
Casado/a	4 (28,6)
Solteiro/a	7 (50)
Divorciado/Separado/a	3 (21,4)
Cor	
Preta	5 (35,7)
Branca	3 (21,4)
Parda	6 (42,9)
Escolaridade	
Médio completo	1 (7,1)
Superior completo	10 (71,4)
Pós-graduação	3 (21,4)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Dentre os gerentes que afirmaram possuir nível superior, três disseram ter concluído a pós-graduação *lato sensu*: um em Assistência Integral à Saúde com ênfase em Saúde da Família; outro em Contabilidade Gerencial; e o terceiro em Odontopediatria e em Traumatologia e Gestão em Saúde.

Tabela 11 – Experiência profissional dos gestores de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%) (n=14)
Tempo de serviço na unidade	
Menos de 1 ano	4 (28,6)
Entre 1 a 5 anos	2 (14,3)
Entre 5 a 10 anos	7 (50)
10 anos ou mais	1 (7,1)
Trabalhou anteriormente nessa função	
Sim	4 (28,6)
Não	10 (71,4)
Quanto tempo	
Entre 2 e 5 anos	1 (7,1)
5 anos e mais	3 (21,4)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Até aqui foi possível observar que as Unidades Básicas de Saúde têm um quadro de funcionários que atuam há muito tempo neste setor, alguns gerentes com experiência prévia na função (Tabela 11), porém nota-se a ausência de um perfil de formação mínima para a atuação nas UBS, seja no cargo de gerente ou na assistência à saúde. Isso revela a ausência de uma política de educação permanente e qualificação dos gerentes e profissionais da Atenção Básica para o desempenho de suas funções.

7.5 AVALIAÇÃO COM FOCO NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE

Nesta seção será apresentada a avaliação da aproximação da rede de unidades básicas de saúde em relação ao princípio da Integralidade. Cada dimensão foi avaliada de acordo com os indicadores e variáveis anteriormente apresentados. Ao final da avaliação de cada dimensão será apresentado um gráfico que representará a aproximação da rede de UBS com o princípio da Integralidade; do mesmo modo far-se-á com a avaliação global das dimensões, em que um gráfico representará o resultado da rede municipal avaliada por este estudo.

7.5.1 Dimensão 1: políticas específicas da Atenção Básica

Entendemos que na atenção básica as políticas específicas (PE) que expressam a integralidade são aquelas que promovem o acesso e asseguram a resolubilidade dos problemas individuais e coletivos, no âmbito da promoção e da assistência à saúde.

Escolhemos dois indicadores para representar essa dimensão. O primeiro é a adoção da atenção básica como prioridade política municipal, cujas variáveis são os percentuais de cumprimento de metas de cobertura da Atenção Básica – foco para as UBS – conforme o módulo operacional III do Plano Municipal de Saúde (2010 – 2013), para o ano de 2010. O segundo indicador diz respeito ao processo participativo de tomada de decisão, cujas variáveis são *a existência de projetos de saúde voltados para a atenção individual e/ou coletiva da população adstrita e/ou usuária e a existência de conselho local de saúde.*

7.5.1.1 Percentual de cumprimento de metas pactuadas pelo município

As referências para a análise desse indicador foram o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador (2010-2013) e a versão preliminar do Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, exercício 2010 (SALVADOR 2010, 2011). O PMS está estruturado em cinco módulos operacionais, que por sua vez se desdobram em 22 linhas de ação, que apresentam objetivos específicos que se expressam nas ações estratégicas. Focamos a análise no Módulo Operacional III: Atenção Básica à Saúde, nas linhas de ação 15, 16 e 17. A linha de ação 14 e parte da linha de ação 15 não estão contempladas nessa análise, uma vez que dizem respeito à Estratégia Saúde da Família, que não é objeto deste estudo.

Portanto, neste estudo foram analisadas as ações estratégicas propostas nas linhas de ação 15, 16 e 17 do Módulo Operacional III do PMS, cujo registro do alcance da meta/objetivo para 2010 constava no Relatório Anual de Gestão 2010.

Quadro 4 – Metas pactuadas pelo município e resultados obtidos, exercício 2010

(continua)

Objetivo	Ação estratégica	Indicador do PMS (2010-2013)	Meta 2010	Cobertura alcançada	Análise
Fortalecer o programa de doença falciforme na atenção básica e especializada.	Garantia de atendimento integral às pessoas com Doença Falciforme, ampliando o acesso ao diagnóstico precoce.	% cobertura de triagem neonatal	77%	69,5%	Considerando que na Bahia o traço falcêmico está presente em 6,3% da população afrodescendente e que Salvador possui elevada concentração de população afrodescendente, é importante o alcance das metas para a triagem neonatal.
		% de usuários acompanhados precocemente	30%	24%	
Ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Melitus</i> .	Implementação do Programa Hiperdia no município, com ênfase no grupo de mais de 20 anos e no perfil étnico populacional.	% de hipertensos cadastrados no Hiperdia	21,42	15,76	Estima-se que 24,4% da população brasileira sofram com hipertensão arterial, e 5,8% com Diabetes. Considerando os baixos índices de cobertura do Programa HIPERDIA em Salvador, e o não alcance para as metas mínimas de cobertura estabelecidas no PMS 2010-2013 e a elevada morbimortalidade dessas doenças, urge a ampliação do acesso dos portadores dessas doenças aos serviços de atenção básica, com a ampliação do número de equipes. Contudo o município ultrapassa as metas pactuadas para redução da taxa de internação decorrentes dessas morbidades.
		% de diabéticos cadastrados no Hiperdia	27,35	18,99	
		Taxa de internação por DM	1,77	1,25	
		Taxa de internação por AVC	4,5	3,09	
Implementar a atenção à saúde da criança, com enfoque na redução da morbimortalidade por doenças e agravos prevalentes e na garantia das ações de promoção da saúde.	Implementar o atendimento ao Recém-Nascido (RN) e às crianças de 1<9 anos nas UBS (UBS/ESF). Implementar a Política de Aleitamento Materno, com enfoque na estratégia Rede Amamenta Brasil.	% internações por doenças infecciosas intestinais em menores de 5 anos	2,6%	2,88%	As doenças infecciosas e parasitárias são a segunda maior causa de internação em crianças menores de 5 anos no Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. O não alcance das metas revela uma fragilidade da atenção básica no município. Contudo o município ultrapassa as metas para redução de internações por IRA e de UBS certificadas para a Política de Aleitamento Materno na Rede Amamenta Brasil.
		Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos	17,5/1000	13,76/1000	
		% de UBS certificadas de acordo com a política	30%	35,7%	

Quadro 4 – Metas pactuadas pelo município e resultados obtidos, exercício 2010

(conclusão)

Objetivo	Ação estratégica	Indicador do PMS (2010-2013)	Meta 2010	Cobertura alcançada	Análise
Ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde da mulher.	Implementação da atenção ao parto e puerpério qualificada e humanizada em consonância com a PHPN.	Taxa de mortalidade materna	48,96/100.000	68/100.000	A OMS preconiza uma taxa de mortalidade materna de 20/100.000 NV. Salvador não alcança a meta pactuada, já além do preconizado pelo organismo internacional. Isso demonstra constrangimento no acesso da atenção à saúde das mulheres, que morrem em sua maioria por causas evitáveis. A ampliação da rede de atenção básica seria uma solução cabível e resolutive, além da garantia de acesso das mulheres a uma vaga em maternidade.

Fonte: Salvador (2010, 2011).

7.5.1.2 Processo participativo na tomada de decisão

As variáveis analisadas por esse indicador buscam identificar ações de desenvolvimento de um ou mais projetos específicos nas UBS de acordo com os problemas de saúde da população local e/ou usuária, assim como o processo de tomada de decisão compartilhado na unidade de saúde. Para a coleta dos dados foram ouvidos o gestor da unidade e os profissionais de saúde. A avaliação dessa dimensão em sua variável *existência de projeto de saúde* dar-se-á pela média de pontos obtidos com base nas respostas dos gerentes e profissionais de saúde (Tabela 13).

A existência do Conselho Local de Saúde (CLS) reflete a participação da comunidade nas decisões e nas ações de saúde. Quando questionados sobre a existência de CLS na unidade básica de saúde, apenas um gerente de uma das duas UBS pesquisadas no distrito sanitário de Itapagipe e os gerentes das unidades dos distritos sanitários de Itapuã e Cabula-Beirú afirmaram existir CLS com funcionamento pleno e regular. Nas demais unidades as respostas foram negativas (Tabela 13).

Ainda em relação ao indicador processo participativo na tomada de decisão, os gerentes e profissionais foram questionados quanto à existência de algum projeto, ação ou atividade desenvolvida na UBS que tenha sido elaborada pela equipe, levando em consideração os problemas de saúde mais comuns da população da área de abrangência da UBS ou da população usuária (Tabela 12).

Tabela 12 – Existência de um projeto/atividade específica para os problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência da Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo gestores e profissionais – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Existência de um projeto/atividade		n (%)
Gestores	(n = 14)	
Sim		1 (7,1)
Não		13 (92,9)
Profissionais	(n = 78)	
Sim		2 (2,6)
Não		76 (97,4)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Dos indivíduos entrevistados, 92,9% dos gerentes e 97,4% dos profissionais negaram existir iniciativas de qualquer natureza nesse aspecto (Tabela 12). A gerente de

uma das UBS do distrito Barra-Rio Vermelho afirmou que há essa iniciativa na unidade em que atua. Todavia, quando pedimos que exemplificasse, ela ilustrou com os programas definidos pelo Ministério da Saúde, como o de combate ao tabagismo e dengue e de assistência aos portadores de anemia falciforme, não se enquadrando como projetos/ações elaborados e implementados pela equipe de saúde com base nas demandas dos usuários. Do mesmo modo, os 2,6% dos profissionais que afirmaram positivamente a existência de projetos dessa natureza também foram questionados e exemplificaram com palestras, feiras de saúde anuais e café da manhã.

Na Tabela 29 apresentamos a avaliação da dimensão das políticas específicas da atenção básica. A pontuação deu-se da seguinte maneira: o distrito sanitário em que pelo menos uma das unidades pesquisadas tem Conselho Local de Saúde obteve cinco pontos; em caso negativo, o distrito sanitário não obteve pontuação.

Para o segundo indicador avaliado, relacionado aos projetos, foi utilizado como ponto de corte 50%, ou seja, os distritos sanitários em que mais de 50% dos entrevistados responderam positivamente à existência de projetos obtiveram cinco pontos; os distritos que não alcançaram esse valor não pontuaram.

Pelos resultados apresentados no Tabela 29 verifica-se a precariedade da rede de unidades básicas de saúde de Salvador na dimensão das políticas específicas para a Atenção Básica e, conseqüentemente, de sua aproximação com o princípio da Integralidade. Assim, nesta dimensão é possível afirmar que se identifica o distanciamento das pessoas/comunidade com os serviços de saúde.

Tabela 13 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão das Políticas Específicas da Atenção Básica

Distrito Sanitário	Indicador: Processo participativo na tomada de decisão							
	Existe Conselho Local de Saúde		Há um projeto específico para a comunidade (Gerentes) (n=14)		Há um projeto específico para a comunidade (Profissionais) (n=78)		Média da pontuação de Gerentes e Profissionais	Pontuação (máximo 10 pontos)
	Sim/Não	Pontuação	n (%)	Pontuação	n (%)	Pontuação		
Centro Histórico	Não	--	--	--	--	--	--	--
Itapagipe	Sim	5	--	--	--	--	--	5
São Caetano-Valéria	Não	--	--	--	--	--	--	--
Brotas	Não	--	--	--	1 (20,0)	--	--	--
Barra-Rio Vermelho	Não	--	1 (50,0)	5	1 (8,3)	--	2,5	2,5
Boca do Rio	Não	--	--	--	--	--	--	--
Itapuã	Sim	5	--	--	--	--	--	5
Cabula-Beirú	Sim	5	--	--	--	--	--	5
Pau da Lima	Não	--	--	--	--	--	--	--
Subúrbio	Não	--	--	--	--	--	--	--
Ferrovário								
Cajazeiras	Não	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

7.5.2 Dimensão 2: Organização dos serviços e das práticas

Para a avaliação da dimensão da organização dos serviços e das práticas (OSP) na rede de unidades básicas de saúde foram construídos dois indicadores, um referente ao processo de gestão e o outro referente à organização de processos de trabalho.

7.5.2.1 Processo de gestão

As variáveis definidas para esse indicador referem-se à *utilização contínua de mecanismos de planejamento na organização dos serviços*, e *utilização contínua de monitoramento da produção de serviços*. A pontuação desse indicador dá-se quando >70% dos entrevistados respondem “sim” para as perguntas das duas variáveis.

Os informantes dessas variáveis são os gerentes e as enfermeiras. A escolha apenas dessa profissional, além do gerente, como informante para essa variável foi em razão dela atuar em todos os programas específicos da atenção básica, incluindo a coordenação da sala de vacina e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, excetuando-se a área da saúde bucal.

Considerando o processo de planejamento como ferramenta precípua no exercício da gestão, apenas 35% dos gerentes entrevistados afirmaram executar continuamente o planejamento. Em outras palavras, o planejamento contínuo está na rotina de 5 das 15 UBS pesquisadas. A maioria das respostas aponta para uma execução quadrimestral do planejamento nas unidades por demanda das coordenações dos distritos sanitários, segundo os gerentes.

Quando perguntado às enfermeiras sobre o processo contínuo de planejamento, o resultado foi semelhante (Tabela 14). Apenas 33% das enfermeiras utilizam o planejamento contínuo em sua rotina de trabalho, enquanto 46,7% disseram que lançam mão de tal ferramenta pontualmente para a realização de atividades educativas com os usuários e/ou em campanhas de saúde, estas últimas com planos já definidos em agendas nacionais pelo Ministério da Saúde.

Quanto ao monitoramento da produção dos serviços, nenhum gestor afirmou fazê-lo semanalmente. As respostas apontam para uma prática mensal de monitoramento, segundo os gerentes. Em relação às enfermeiras, 86% afirmaram fazer o monitoramento da produção de serviços. Contudo apenas uma afirmou que o faz

semanalmente.

Tabela 14 – Realização de planejamento e monitoramento, segundo enfermeiras (n=15) da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%)
Realização de planejamento	
Sim	9 (60,0)
Não	5 (33,3)
Não se aplica	1 (6,7)
Realização contínua	
Sim	5 (33,3)
Não	7 (46,7)
Não se aplica	3 (20)
Realização de monitoramento	
Sim	13 (86,7)
Não	1 (6,7)
Não se aplica	1 (6,7)
Realização semanal	
Sim	1 (6,7)
Não	13 (86,7)
Não se aplica	1 (6,7)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

7.5.2.2 Organização do processo de trabalho

As variáveis que compõem esse indicador são: *existência de iniciativas de Educação Permanente ofertadas pela organização; reorganização do processo de trabalho com base na avaliação dos serviços; e o tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde*. Cada uma dessas variáveis terá seus resultados analisados separadamente. Por fim, os indicadores e variáveis que compõem essa dimensão foram agrupados e tiveram pontuação atribuída por distrito sanitário de acordo com os resultados encontrados, conformando assim a avaliação.

Em relação às iniciativas de educação permanente, foi perguntado aos gerentes das UBS e aos profissionais se existiam tais iniciativas e se elas guardavam coerência com a função desempenhada pelo trabalhador. Quanto aos gerentes, 100% afirmaram existir as iniciativas e que elas guardam coerência com as práticas desenvolvidas pelos

trabalhadores da saúde. Entretanto apenas 64% dos profissionais afirmaram participar das atividades de educação permanente. Desses, 47% disseram que tais atividades foram oferecidas pelo serviço (UBS ou DS ou SMS), enquanto 18% afirmaram ter participado de cursos, palestras, congressos, atualizações etc. por conta própria ou por promoção de outra organização em que atua (Tabela 15).

Tabela 15 – Participação em atividades de educação permanente pelos profissionais (n=78) da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%)
Participação em atividades de EP	
Sim	50 (64,1)
Não	28 (35,9)
Oferecidas pelo serviço	
Sim	37 (47,4)
Não	14 (18)
Não se aplica	27 (34,6)
Foram úteis para a prática	
Sim	41 (52,6)
Não	6 (7,7)
Não se aplica	31 (39,7)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

É baixo (52%) o percentual dos profissionais que participam de algum tipo de atividade de educação permanente (seja ofertada ou não pela UBS) que afirma existir coerência entre a atividade na qual participou com o trabalho que desenvolve na UBS.

Tabela 16 – Mudanças no processo de trabalho observadas/realizadas pelas enfermeiras (n=15) da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Característica	n (%)
Houve alguma mudança no processo de trabalho da equipe nos últimos três meses	
Sim	5 (33,3)
Não	9 (60,0)
Não se aplica	1 (6,7)
Esta mudança foi realizada com base na avaliação dos serviços feita pela equipe	
Sim	3 (60,0)
Não	2 (40,0)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Quando perguntado aos gerentes e às enfermeiras se houve alguma iniciativa de reorganização do processo de trabalho na UBS nos três meses anteriores à pesquisa, e se esta iniciativa deu-se em virtude de resultados de uma avaliação dos serviços, 71% dos gerentes afirmaram ter havido mudanças no processo de trabalho na UBS. Entretanto apenas 21% deles disseram que decorreram de uma avaliação do serviço. Em relação às enfermeiras, 33% delas afirmaram que houve mudanças no processo de trabalho no tempo delimitado, e dessas, 60% disseram que tais mudanças deram-se com base em resultados de avaliação no serviço, contra 40% que negam ter havido essa relação entre a mudança e o processo de avaliação (Tabela 16).

Tabela 17 – Vínculo profissional na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo gerentes – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Categoria	TAC	REDA	Concurso	Seleção Pública	Terceirizado	Total
ACS	45	--	225	12	--	285
ASB	--	3	40	--	--	43
Aux. Téc. Enf.	5	7	173	3	3	191
Enfermeira	6	6	80	2	2	96
Médico	12	2	89	2	6	111
Odontólogo	2	2	34	--	--	38
Total	70	20	641	19	11	764

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

Na Tabela 17 estão descritos os tipos de vínculos dos profissionais da saúde na rede de UBS em Salvador, no momento da pesquisa. É preciso sublinhar que os agentes comunitários de saúde (ACS) de Salvador têm uma forma específica de contratação, modificada do regime celetista, como prevê o Ministério da Saúde, para o regime estatutário, conforme Lei Municipal n. 7.955 de janeiro de 2011. Apesar disso, na Tabela 15 esses profissionais estão alocados em dois outros tipos de vínculo, uma vez que preservamos as informações adquiridas na entrevista com os gerentes das UBS em que a pesquisa foi realizada.

O tipo de vínculo da maioria (83%) dos profissionais é estatutário, ou seja, ingressaram no serviço de saúde por concurso público. Entretanto 70 profissionais (9%) ainda mantêm o tipo de vínculo precário por meio do Termo de Ajuste de Conduta, um tipo de regime emergencial de contratação mediante um acordo firmado entre a

Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público Estadual.

Os indicadores e variáveis referentes à dimensão da organização dos serviços e das práticas foram consolidados e pontuados, conforme prevê a matriz avaliativa deste estudo, de acordo com os resultados encontrados e agregados por distrito sanitário (Tabelas 18, 19, 20, 21 e 22). Para as duas variáveis do indicador processo de gestão, assim como para a variável *iniciativa de reorganização do processo de trabalho a partir de resultados da avaliação dos serviços*, do indicador organização de processos de trabalho, a pontuação atribuída foi 5 para respostas afirmativas e zero quando negativas.

As demais variáveis (*iniciativas de educação permanente* e o *tipo de vínculo de trabalho*) da dimensão em análise teve como ponto de corte 50%, ou seja, os distritos em que menos de 50% dos entrevistados responderam positivamente não receberam pontuação. Com base nisso foi elaborada a seguinte escala de valores:

- a) 50-59% das respostas afirmativas: 1 ponto;
- b) 60-69% das respostas afirmativas: 2 pontos;
- c) 70-79% das respostas afirmativas: 3 pontos;
- d) 80-89% das respostas afirmativas: 4 pontos;
- e) 90-100% das respostas afirmativas: 5 pontos.

Para a pontuação dos indicadores cuja fonte de informação era composta por mais de um sujeito dessa pesquisa (vide matriz avaliativa), primeiro pontuou-se as respostas de cada amostra populacional, em seguida foi extraída a média aritmética de ambas para, então, se obter a pontuação do indicador. A soma da pontuação dos indicadores resulta na nota avaliativa da dimensão.

O resultado geral para a dimensão da organização dos serviços e das práticas demonstra uma situação precária para toda a rede de unidade básica de saúde de Salvador. Uma vez que 25 seria a pontuação máxima para essa dimensão, os distritos que mais se aproximaram foram Brotas, com 16,5 pontos, e Centro Histórico e Itapagipe, ambos com 16 pontos.

É preciso esclarecer que a baixa pontuação (2,5 pontos) do distrito sanitário da Liberdade pode, em parte, ser explicada pela recusa da gerente da UBS pesquisada

nesse distrito em participar da pesquisa, comprometendo a avaliação de alguns indicadores.

Analisando isoladamente o indicador processo de gestão, nota-se a fragilidade das UBS em executar o planejamento das ações e do serviço e, principalmente, o monitoramento da produção de forma sistemática. No indicador organização do processo de trabalho destaca-se, para todos os distritos sanitários, a variável *tipo de vínculos dos trabalhadores*, em que a maioria tem vínculo como estatutário. Na avaliação global desse indicador destaque para os distritos sanitários do Centro Histórico e Itapagipe, que obtiveram a melhor pontuação (Tabela 20).

Tabela 18 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de processo de gestão, segundo gerentes (n=14) e enfermeiras (n=15) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

DISTRITO SANITÁRIO	Indicador de Processo de gestão										Avaliação no indicador (até 10 pontos)
	Planejam suas atividades continuamente (0 ou 5 pontos) ⁽¹⁾ (Gerentes e Enfermeiras)					Monitoram a produção semanalmente (0 ou 5 pontos) ⁽¹⁾ (Gerentes e Enfermeiras)					
	n (%) (n=14)	Pontos	n (%) (n=15)	Pontos	Média dos pontos	n (%) (n=14)	pontos	n (%) (n=14)	pontos	Média dos pontos	
Centro Histórico	--	--	1 (20,0)	5	2,5	--	--	--	--	--	2,5
Itapagipe	1 (20,0)	5	1 (20,0)	5	5	--	--	--	--	--	5
São Caetano- Valéria	1 (20,0)	5	--	--	2,5	--	--	--	--	--	2,5
Liberdade	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Brotas	--	--	1 (20,0)	5	2,5	--	--	--	--	--	2,5
Barra-Rio											
Vermelho	2 (40,0)	5	1 (20,0)	5	5	--	--	--	--	--	5
Boca do Rio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Itapuã	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Cabula-Beirú	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Pau da Lima	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Sub. Ferroviário	1 (20,0)	5	1 (20,0)	5	5	--	--	--	--	--	5
Cajazeiras	--	--	--	--	--	--	--	1 (100,0)	5	2,5	2,5

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Pontuação (Não = 0 pontos; Sim = 5 pontos).

Tabela 19 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de organização de processos de trabalho, variável iniciativas de educação permanente coerente com a função desempenhada segundo gerentes (**n=14**) e profissionais (**n=47**) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	Indicador de organização de processos de trabalho				Média dos pontos
	Educação Permanente (1 a 5 pontos) ⁽¹⁾ (Gerentes)		Educação Permanente (1 a 5 pontos) ⁽¹⁾ (Profissionais)		
	n (%)	pontos	n (%)	pontos	
Centro Histórico	1 (100,0)	5	2 (50)	1	3
Itapagipe	2 (100,0)	5	5 (50)	1	3
São Caetano-Valéria	1 (100,0)	5	5 (83,3)	4	4,5
Liberdade	--	--	2 (33,3)	--	--
Brotas	1 (100,0)	5	4 (80)	4	4,5
Barra-Rio Vermelho	2 (100,0)	5	7 (58,3)	1	3
Boca do Rio	1 (100,0)	5	2 (33,3)	--	2,5
Itapuã	1 (100,0)	5	2 (50)	1	3
Cabula-Beirú	1 (100,0)	5	2 (40)	--	2,5
Pau da Lima	1 (100,0)	5	--	--	2,5
Sub. Ferroviário	2 (100,0)	5	8 (80)	4	4,5
Cajazeiras	1 (100,0)	5	2 (40)	--	2,5

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Ponto de corte = 50% (50-59% = 1; 60-69% = 2; 70-79% = 3; 80-89% = 4; 90-100% = 5).

Tabela 20 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de organização de processos de trabalho, variável mudança no processo de trabalho, segundo gerentes (n=14) e enfermeiras (n=14) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	Indicador de organização de processos de trabalho				Média dos pontos
	Mudança no processo de trabalho (0 ou 5 pontos) ⁽¹⁾ (Gerentes)		Mudança no processo de trabalho (0 ou 5 pontos) ⁽¹⁾ (Enfermeiras)		
	n (%)	pontos	n (%)	pontos	
Centro Histórico	1 (100,0)	5	1 (100,0)	5	5
Itapagipe	2 (100,0)	5	1 (100,0)	5	5
São Caetano-Valéria	--	--	--	--	--
Liberdade	--	--	1 (100,0)	5	2,5
Brotas	1 (100,0)	5	--	--	2,5
Barra-Rio Vermelho	1 (50,0)	--	1 (100,0)	5	2,5
Boca do Rio	--	--	1 (100,0)	5	2,5
Itapuã	1 (100,0)	5	--	--	2,5
Cabula-Beirú	1 (100,0)	5	--	--	2,5
Pau da Lima	1 (100,0)	5	--	--	2,5
Sub. Ferroviário	1 (50,0)	--	--	--	--
Cajazeiras	1 (100,0)	5	--	--	2,5

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Pontuação (Não = 0 pontos; Sim = 5 pontos).

Tabela 21 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas, a partir do indicador de organização de processos de trabalho, variável vínculo trabalhista, segundo gerentes (**n=14**) – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	Indicador de organização de processos de trabalho	
	Vínculo trabalhista (1 a 5 pontos) ⁽¹⁾ (Gerentes)	
	n (%)	pontos
Centro Histórico	41 (91,1)	5
Itapagipe	114 (91,2)	5
São Caetano-Valéria	40 (90,9)	5
Liberdade	--	--
Brotas	41 (100,0)	5
Barra-Rio Vermelho	120 (88,9)	4
Boca do Rio	49 (98,0)	5
Itapuã	37 (44,6)	--
Cabula-Beirú	57 (81,4)	4
Pau da Lima	31 (91,2)	5
Sub. Ferroviário	43 (75,4)	3
Cajazeiras	78 (92,9)	5

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Ponto de corte = 50% (50-59% = 1; 60-69% = 2; 70-79% = 3; 80-89% = 4; 90-100% = 5).

Tabela 22 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

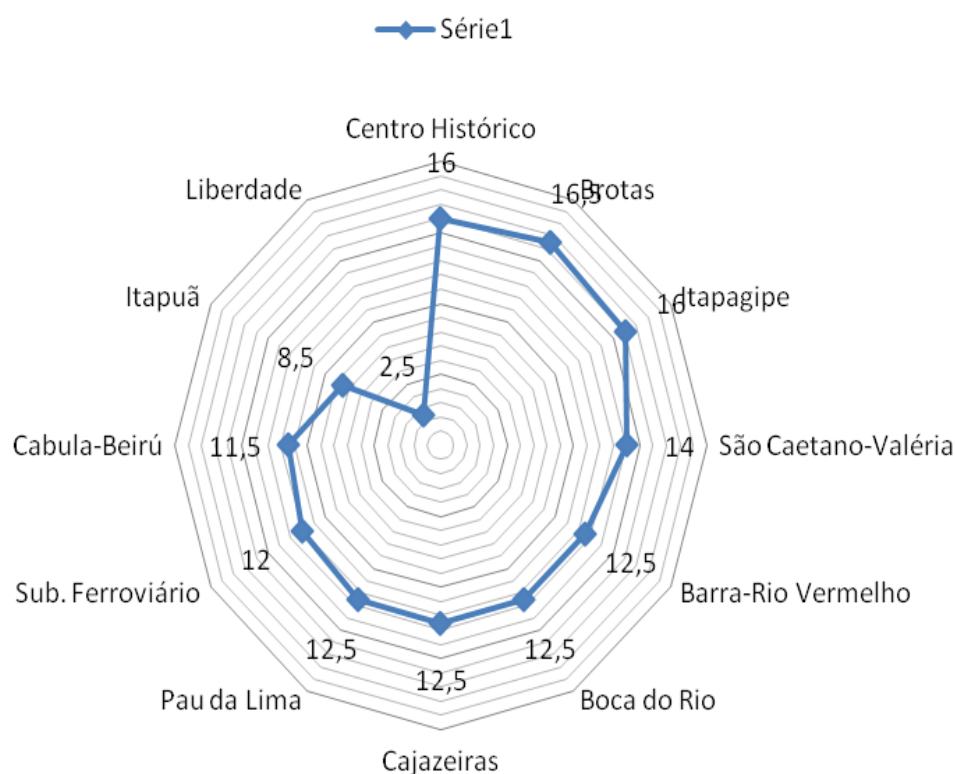
Distrito Sanitário	Indicador de Processo de gestão	Indicador de organização de processos de trabalho	Avaliação da dimensão (Até 25 pontos)
	Avaliação do indicador (Até 10 pontos)	Avaliação do indicador (Até 15 pontos) ⁽¹⁾	
Centro Histórico	3	13	16
Itapagipe	3	13	16
São Caetano-Valéria	4,5	9,5	14
Liberdade	--	2,5	2,5
Brotas	4,5	12	16,5
Barra-Rio Vermelho	3	9,5	12,5
Boca do Rio	2,5	10	12,5
Itapuã	3	5,5	8,5
Cabula-Beirú	2,5	9	11,5
Pau da Lima	2,5	10	12,5
Sub. Ferroviário	4,5	7,5	12
Cajazeiras	2,5	10	12,5

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

(1) Resultado da soma da média dos pontos das Tabelas 19 e 20 e dos pontos da Tabela 21.

A seguir está a representação gráfica desse resultado. Considera-se a borda mais externa do gráfico como o valor máximo da dimensão (25 pontos). Assim, observando do centro para a borda do gráfico, o distrito sanitário que na dimensão da organização dos serviços e das práticas mais se aproximou do princípio da integralidade, ainda que distante, foi o distrito sanitário de Brotas (16,5 pontos).

Gráfico 1 – Proximidade da Rede de Unidades Básicas de Saúde com o princípio da Integralidade na sua dimensão da organização dos serviços e das práticas



Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Os piores resultados são observados para as UBS dos distritos sanitários da Liberdade e Itapuã, ou seja, eles ainda se encontram muito distantes, nessa dimensão, do princípio da integralidade.

7.5.3 Dimensão 3: Práticas Profissionais

A terceira dimensão em que se expressa a Integralidade é referente às práticas profissionais (PP) com o usuário. A integralidade se expressa na capacidade do profissional de captar as demandas expressas ou não pelos usuários, e atuar sobre as prioridades identificadas (MATTOS, 2001).

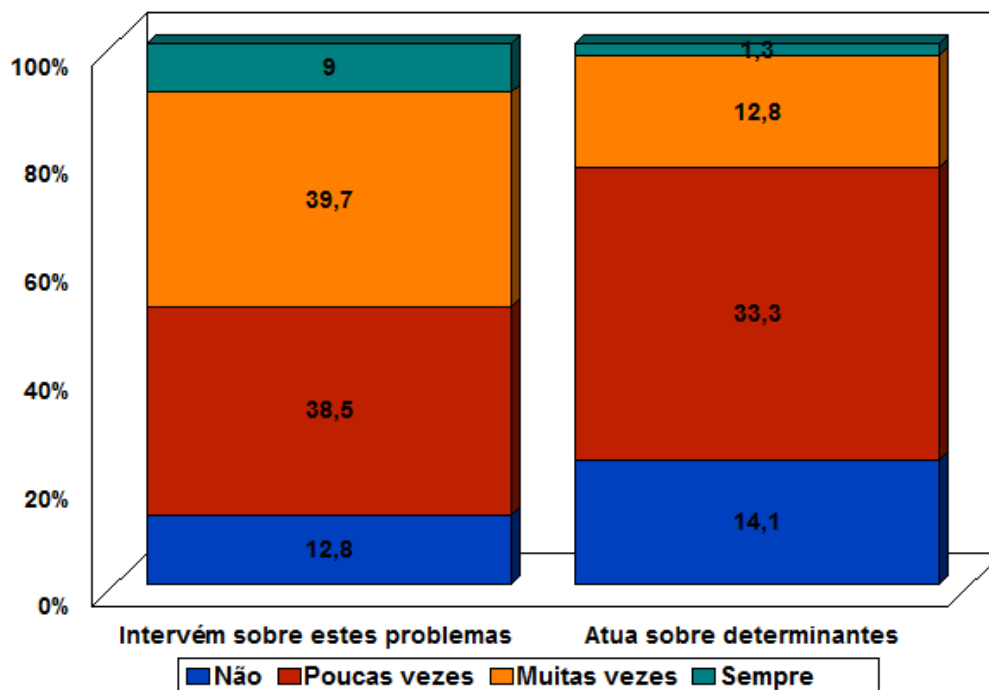
Nesta pesquisa, a dimensão das práticas profissionais foi avaliada tomando como base os seguintes indicadores: foco das ações dos profissionais; processo de cuidado; relação profissional-paciente; e relação profissional-serviço. Inicialmente, cada indicador foi analisado separadamente, em seguida agregados para caracterizar a rede com foco nessa dimensão da Integralidade.

7.5.3.1 Foco das ações

Para construção desse indicador, duas variáveis foram analisadas. A primeira é a *escuta ampliada e capacidade de intervenção sobre os problemas identificados*; a segunda é a *promoção da saúde e prevenção de agravos*.

Dos profissionais entrevistados na rede de unidades básicas de saúde de Salvador, 100% afirmaram identificar, ainda que em graus variáveis, no momento do encontro com o usuário, outros problemas além dos referidos como a causa para a busca do atendimento.

Gráfico 2 – Foco das ações dos profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011



Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Dentre os profissionais que identificam outros problemas, poucos (9%) afirmam que conseguem intervir sobre os mesmos; 39% muitas vezes e 38% poucas vezes conseguem intervir sobre os problemas identificados (Gráfico 2).

Aos profissionais também foi questionado se consideram que a sua prática atua sobre os determinantes dos problemas de saúde das pessoas. Apenas 1,3% afirma que sua intervenção sempre atua sobre os determinantes dos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Chama atenção o percentual (14%) de profissionais que reconhecem não atuar sobre os determinantes dos problemas de saúde das pessoas que atendem (Gráfico 2).

7.5.3.2 Processo de cuidado

Uma das expressões da integralidade nas práticas profissionais é a forma como se processa o cuidado. Nesse sentido, a orientação quanto à continuidade do tratamento e quanto ao autocuidado são fundamentais. Este indicador é constituído por duas variáveis: *se o usuário recebe orientação dos profissionais para dar continuidade no*

tratamento e se recebe orientações para o autocuidado.

Tabela 23 – Opinião dos usuários com relação ao processo de cuidado na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo sexo – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Variável	Sexo				valor de p ⁽¹⁾
	Masculino		Feminino		
	n	(%)	n	(%)	
O profissional orienta sobre como continuar o tratamento?					
Sim	44	64,7	314	67,8	
Não	24	35,3	149	32,2	0,609
Recebe orientações sobre como cuidar da sua saúde?					
Sim	40	58,8	261	56,4	
Não	28	41,2	202	43,6	0,703

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Obtido por meio do teste Chi-quadrado de Pearson.

Ao serem questionados se recebem orientações sobre como dar continuidade ao tratamento de saúde (sobre quais locais devem ir realizar os exames fora da UBS, onde receber medicamentos e/ou quando retornar para a próxima consulta), a maioria dos entrevistados homens (64%) e mulheres (67%) afirmam que recebem essas orientações. Não houve diferença estatística significativa entre os sexos ($p > 0,05$) (Tabela 23).

Por considerar o autocuidado elemento-chave para o alcance da autonomia do usuário e, por conseguinte, da integralidade do cuidado do sujeito, perguntamos aos usuários se recebiam orientações nessa direção. Aqui também a maioria dos homens (58%) e das mulheres (56%) afirma receber tais orientações. Não houve diferença estatística significativa entre os sexos ($p > 0,05$) (Tabela 23).

Na Tabela 24 estão reunidos em três categorias os resultados encontrados para esse indicador, agregados por distrito sanitário.

Tabela 24 – Processo de cuidado na Rede de Unidades Básicas de Saúde, por distrito sanitário, (n=531), segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	Indicador de processo de cuidado		
	Ruim	Regular	Satisfatório
	n (%)	n (%)	n (%)
Centro Histórico	3 (2,4)	3 (2)	8 (3,2)
Itapagipe	6 (4,8)	9 (6)	14 (5,5)
São Caetano-Valéria	13 (10,3)	10 (6,6)	28 (11)
Liberdade	10 (7,9)	10 (6,6)	12 (4,7)
Brotas	5 (4)	12 (8)	29 (11,4)
Barra-Rio Vermelho	16 (12,7)	14 (9,3)	42 (16,5)
Boca do Rio	6 (4,8)	6 (4)	11 (4,3)
Itapuã	11 (8,7)	12 (8)	11 (4,3)
Cabula-Beirú	20 (15,9)	29 (19,2)	26 (10,2)
Pau da Lima	9 (7,1)	16 (10,6)	35 (13,8)
Subúrbio	18 (14,3)	19 (12,6)	24 (9,4)
Ferrovário			
Cajazeiras	9 (7,1)	11 (7,3)	14 (5,5)
Total	126 (100)	151 (100)	254 (100)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

A categoria ruim reúne respostas de usuários que não recebem nenhuma das modalidades de orientação questionada (continuidade do tratamento ou autocuidado); a categoria regular, quando o usuário afirma receber uma das orientações; e satisfatório quando o usuário recebe os dois tipos de orientação. As UBS que obtiveram melhores resultados foram dos distritos sanitários Barra-Rio Vermelho (16%) e Pau da Lima (13%).

7.5.3.3 Relação profissional-paciente

A relação profissional-paciente foi outro indicador adotado para avaliar essa dimensão, aqui representada pelas variáveis *acesso ao profissional que atendeu o usuário para esclarecer dúvidas* e *o grau de clareza da comunicação profissional-usuário*. A pesquisa buscou identificar se os usuários têm acesso ao profissional de saúde que os atendeu para esclarecer suas dúvidas, caso necessite. Primeiro foi perguntado ao usuário se já aconteceu dele retornar à UBS para esclarecer alguma dúvida. Responderam positivamente 19% dos homens e 27% das mulheres, sem

diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p>0,05$). Desses, 53% dos homens e 41% das mulheres afirmam que conseguiram falar com o profissional que lhes havia atendido e esclareceram suas dúvidas, não havendo diferença estatística significativa entre os sexos ($p>0,05$) (Tabela 25).

Tabela 25 – Acesso ao profissional da Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Indicador	Sexo				valor de p ⁽¹⁾
	Masculino		Feminino		
	n	(%)	n	(%)	
Depois do atendimento, alguma vez precisou retornar para tirar dúvidas?					
Sim	13	19,1	128	27,9	0,127
Não	55	80,9	331	73,2	
Todas as vezes que precisou tirar dúvidas, conseguiu falar com o profissional que havia lhe atendido?					
Sim	8	53,3	60	41,1	0,361
Não	7	46,7	86	58,9	

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Obtido por meio do teste Chi-quadrado de Pearson.

Entretanto, ao agregarmos o percentual de usuários que tiveram ou não acesso aos profissionais para o esclarecimento de suas dúvidas por distrito sanitário (Tabela 26), observa-se que o acesso dos usuários aos profissionais é difícil, haja vista que na maioria dos distritos o retorno à UBS foi sem sucesso e, provavelmente, o usuário saiu com sua dúvida por esclarecer, com destaque para os distritos sanitários Cabula-Beirú e São Caetano-Valéria.

Tabela 26 – Acesso ao profissional na Rede de Unidades Básicas de Saúde, por distrito sanitário, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário (n=527)	Indicador de acesso ao profissional		
	Não precisou tirar dúvidas n (%)	Retornou e não conseguiu n (%)	Retornou e conseguiu n (%)
Centro Histórico	12 (3,1)	---	2 (2,9)
Itapagipe	22 (5,7)	4 (4,3)	2 (2,9)
São Caetano-Valéria	33 (8,5)	15 (16,1)	12 (17,6)
Liberdade	24 (6,2)	3 (3,2)	5 (7,4)
Brotas	35 (9,1)	7 (7,5)	4 (5,9)
Barra-Rio Vermelho	53 (13,7)	10 (10,8)	10 (14,7)
Boca do Rio	17 (4,4)	5 (5,4)	1 (1,8)
Itapuã	28 (7,2)	2 (2,1)	5 (7,4)
Cabula-Beirú	53 (13,7)	20 (21,5)	5 (7,4)
Pau da Lima	45 (11,7)	9 (9,7)	8 (11,8)
Subúrbio Ferroviário	37 (9,6)	13 (14)	12 (17,6)
Cajazeiras	27 (7)	5 (5,4)	2 (2,9)
Total	386 (100)	93 (100)	68 (100)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

A Tabela 27 apresenta os resultados da variável *grau de clareza da comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, sob a ótica do usuário*. Observa-se que a maioria dos homens (89%) e das mulheres (77%) afirma entender a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde no momento do encontro com os mesmos. Há diferença estatística significativa entre os sexos ($p < 0,05$).

Todavia, considerando que as mulheres representam o maior público nos serviços de saúde, e em sua maioria são responsáveis em casa pelos cuidados dos filhos, netos e outros parentes, é alto o percentual de mulheres (22%) que afirmam não compreenderem tudo o que o profissional de saúde explica.

Tabela 27 – Clareza na comunicação entre usuários e profissionais da Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

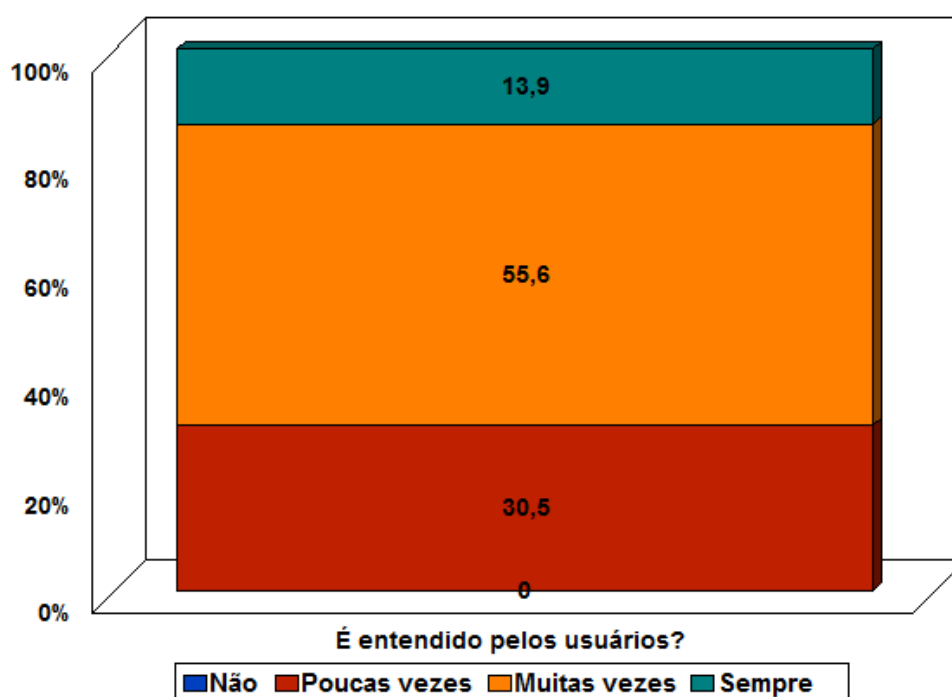
Indicador	Sexo		valor de p ⁽¹⁾
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Entende tudo o que o profissional explica?			
Sim	61 (89,7)	356 (77,1)	
Não	7 (10,3)	106 (22,9)	0,017

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

(1) Obtido por meio do teste Chi-quadrado de Pearson.

Observa-se uma divergência quando confrontados os resultados dos usuários com as respostas dos profissionais de nível superior. Enquanto a maioria dos usuários diz compreender tudo o que os profissionais lhes explicam, apenas 13% dos profissionais afirmam que sempre são compreendidos pelos usuários. Um pouco mais da metade dos profissionais (55%) disse que muitas vezes são compreendidos e um terço deles (30%) afirma ser compreendido poucas vezes pelos usuários.

Gráfico 3 – Distribuição das respostas dos profissionais de nível superior quando consultados sobre a clareza na comunicação com os usuários



Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

A seguir apresentamos os resultados consolidados da dimensão das práticas profissionais (Tabelas 28 e 29). Para o indicador processo de cuidado, em que avaliamos as orientações dadas aos usuários sobre a continuidade do tratamento de saúde e sobre o autocuidado, as UBS que obtiveram melhores resultados foram as dos distritos sanitários Brotas (73,9%) e Barra-Rio Vermelho (68,0%), com notas 3 e 2, respectivamente.

Os resultados favoráveis para o indicador *relação profissional-paciente* e suas três variáveis obtiveram destaque nas UBS dos distritos sanitários do Centro Histórico, São Caetano-Valéria e Liberdade.

O indicador da relação profissional-serviço, composto pelas variáveis *satisfação e identificação com o trabalho*, obteve os melhores resultados. Metade dos profissionais entrevistados está plenamente satisfeita com o trabalho que desempenha nas UBS. Esse número aumenta quando perguntamos sobre a identidade que têm com o trabalho que desempenham: mais de 83% dos entrevistados afirmam se identificar com o seu trabalho.

Tabela 28 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão das práticas profissionais – parte I

Distrito Sanitário	Indicador de processo de cuidado			Indicador de relação profissional-paciente						Pontuação no indicador (Max. 15 pontos)	Pontuação Parcial na dimensão das práticas (máx. 20 pontos)
	Recebem orientações para autocuidado	Recebem orientações para continuidade do tratamento	Média da Pontuação no indicador (1 a 5 pontos) ⁽¹⁾	Acesso ao profissional que o atendeu		Clareza na comunicação segundo usuários		Clareza na comunicação segundo profissionais			
	n (%) pontos	n (%) pontos		n (%)	Pontos (1 a 5) ⁽¹⁾	n (%)	Pontos (1 a 5) ⁽¹⁾	n (%)	Pontos (1a 5) ⁽¹⁾		
Centro Histórico	8 (57,1) 1	11 (78,6) 3	2	2 (100,0)	5	14 (100,0)	5	2 (66,7)	2	12	14
Itapagipe	18 (62,1) 2	19 (65,5) 2	2	2 (33,3)	--	24 (85,7)	4	5 (41,7)	--	4	6
São Caetano-Valéria	30 (58,8) 1	36 (70,6) 3	2	10 (55,5)	1	38 (74,5)	3	3 (100,0)	5	9	11
Liberdade	12 (37,5) --	22 (68,8) 2	1	4 (57,1)	1	26 (81,2)	4	3 (100,0)	5	10	11
Brotas	34 (73,9) 3	36 (78,3) 3	3	4 (36,4)	--	37 (80,4)	4	2 (66,7)	2	6	9
Barra-Rio Vermelho	49 (68,0) 2	49 (68,0) 2	2	9 (47,4)	--	63 (87,5)	4	6 (50,0)	1	5	7
Boca do Rio	13 (56,5) 1	15 (65,2) 2	1,5	1 (16,7)	--	16 (69,6)	2	3 (100,0)	5	7	8,5
Itapuã	15 (44,1) --	19 (55,9) 1	0,5	4 (66,7)	2	26 (76,5)	3	2 (66,7)	2	7	7,5
Cabula-Beirú	40 (53,3) 1	41 (54,7) 1	1	3 (15,0)	--	47 (62,7)	2	2 (66,7)	2	4	5
Pau da Lima	39 (65,0) 2	47 (78,3) 3	2,5	6 (40,0)	--	52 (86,7)	4	2 (66,7)	2	6	8,5
Subúrbio Ferroviário	28 (45,9) --	39 (63,9) 2	1	11(45,8)	--	47 (77,0)	3	4 (33,3)	--	3	4
Cajazeiras	15 (44,1) --	24 (70,6) 3	1,5	2 (28,6)	--	27 (79,4)	3	2 (66,7)	2	5	6,5

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

(1) Ponto de corte 50%, a partir daí: 50-59% = 1 ponto; 60-69% = 2 pontos; 70-79% = 3 pontos; 80-89% = 4 pontos; 90-100% = 5 pontos.

Tabela 29 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde na dimensão das práticas profissionais – parte II

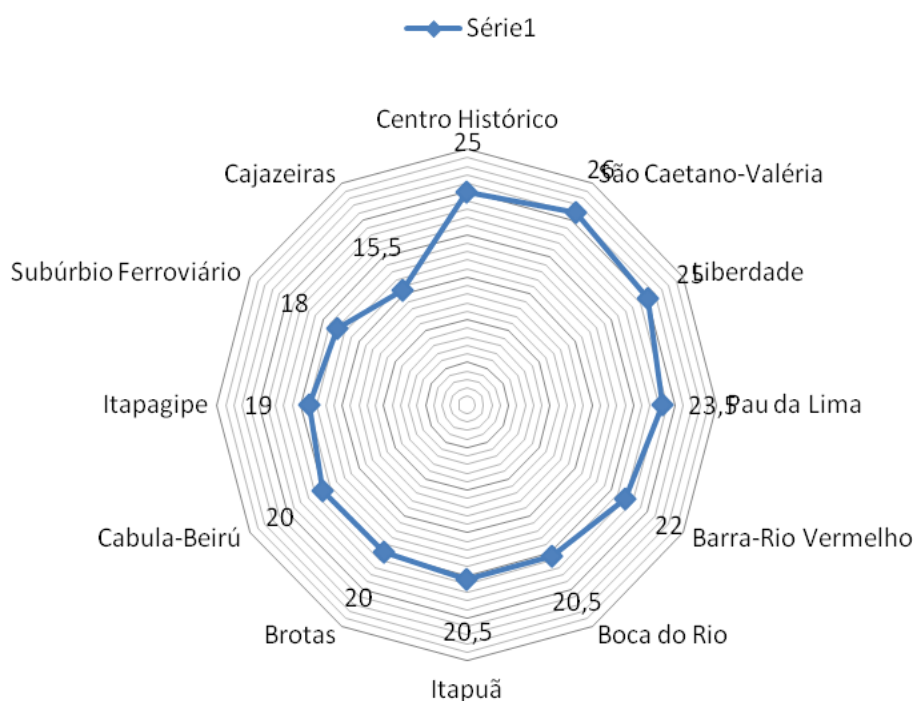
Distrito Sanitário	Indicador da relação profissional-serviço				Indicador de foco das ações		Avaliação da dimensão das práticas (Máximo 35 pontos)
	Satisfação com o trabalho		Identificação com o trabalho		Intervém sobre problemas que identifica e atua sobre determinantes da saúde		
	n(%)	Pontuação (1 a 5) ⁽¹⁾	n(%)	Pontuação (1 a 5) ⁽¹⁾	n (%)	Pontuação (1 a 5) ⁽¹⁾	
Centro							
Histórico	3 (75,0)	3	3 (75,0)	3	4 (100,0)	5	25
Itapagipe	9 (90,0)	5	10 (100,0)	5	7 (70,0)	3	19
São Caetano-Valéria	6 (100,0)	5	6 (100,0)	5	6 (100,0)	5	26
Liberdade	6 (100,0)	5	6 (100,0)	5	5 (83,3)	4	25
Brotas	4 (80,0)	4	5 (100,0)	5	3 (60,0)	2	20
Barra-Rio Vermelho	11 (91,7)	5	12 (100,0)	5	12 (100,0)	5	22
Boca do Rio	5 (83,3)	4	5 (83,3)	4	5 (83,3)	4	20,5
Itapuã	3 (75,0)	3	4 (100,0)	5	4 (100,0)	5	20,5
Cabula-Beirú	5 (100,0)	5	5 (100,0)	5	5 (100,0)	5	20
Pau da Lima	5 (100,0)	5	5 (100,0)	5	5 (100,0)	5	23,5
Subúrbio							
Ferroviário	8 (80,0)	4	10 (100,0)	5	9 (90,0)	5	18
Cajazeiras	3 (60,0)	2	5 (100,0)	5	3 (60,0)	2	15,5

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

(1) Ponto de corte 50%, a partir daí: 50-59% = 1 ponto; 60-69% = 2 pontos; 70-79% = 3 pontos; 80-89% = 4 pontos; 90-100% = 5 pontos.

A seguir está a representação gráfica desse resultado. Considera-se a borda mais externa do gráfico como o valor máximo da dimensão (35 pontos). Assim, observando do centro para a borda do gráfico, os distritos sanitários que na dimensão das práticas profissionais mais se aproximaram do princípio da integralidade foram os de São Caetano-Valéria, Centro Histórico e Liberdade. Já os distritos Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário mantiveram-se mais distantes da integralidade nessa dimensão.

Gráfico 4 – Proximidade da Rede de Unidades Básicas de Saúde com o princípio Integralidade na sua Dimensão das Práticas Profissionais



Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Assim como no estudo avaliativo da rede de unidade de saúde da família (SILVA, 2010), a dimensão das práticas profissionais foi a que obteve melhor resultado na rede de unidades básicas de saúde.

7.6 AVALIAÇÃO GLOBAL DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE

A Tabela 30 representa o total da pontuação recebida por distrito sanitário nas três dimensões da integralidade. A pontuação máxima que poderia ser alcançada pelas UBS, agregadas por DS seria 70 pontos, entretanto as UBS que mais se aproximaram foram as do distrito sanitário do Centro Histórico (41 pontos), Itapagipe e São Caetano-Valéria (40 pontos). As UBS que tiveram os piores resultados foram nos DS da Liberdade (27,5 pontos), Cajazeiras (28 pontos) e Itapuã (29 pontos).

Tabela 30 – Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco no princípio da Integralidade

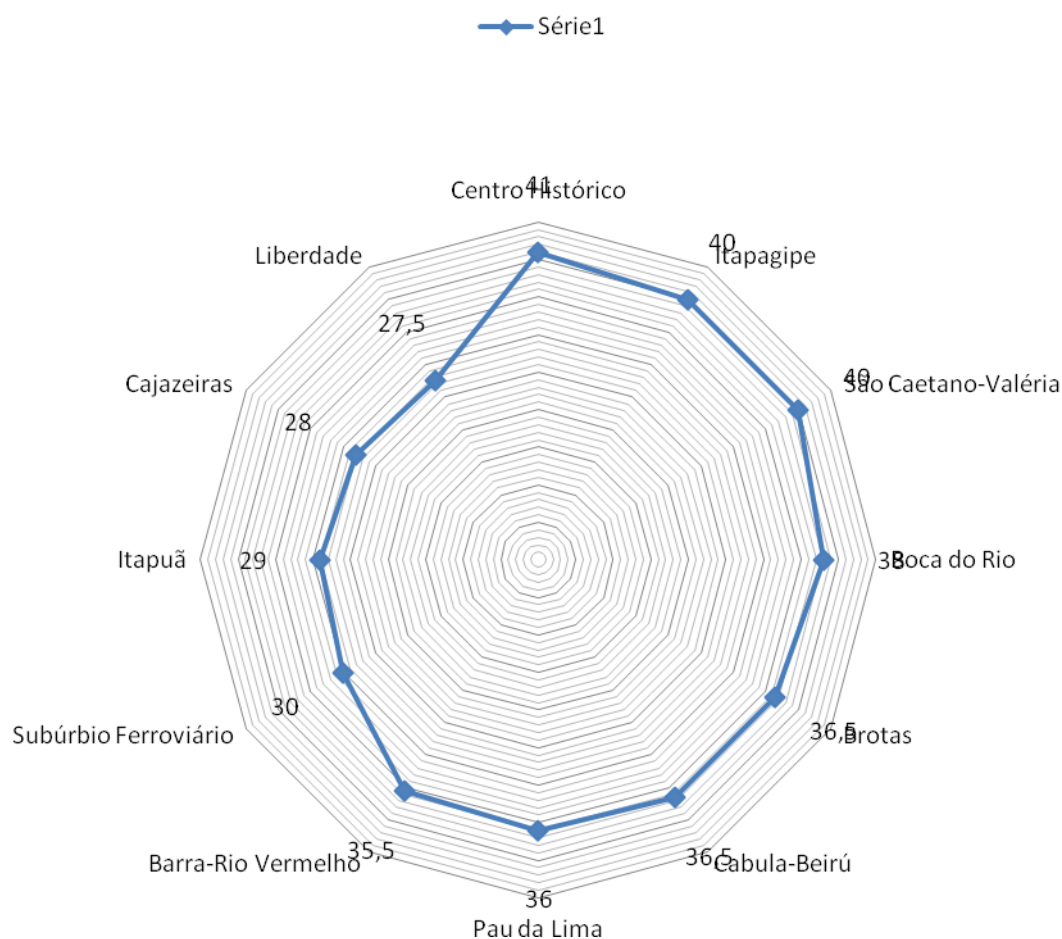
Distrito Sanitário	DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE			Avaliação (máximo 70 pontos)
	POLÍT. (Max. 10 pontos)	OSP (Max. 25 pontos)	PRÁTICAS PROFISSIONAIS (35 pontos)	
Centro Histórico	0	16	25	41
Itapagipe	5	16	19	40
São Caetano-Valéria	0	14	26	40
Liberdade	0	2,5	25	27,5
Brotas	0	16,5	20	36,5
Barra-Rio Vermelho	2,5	12,5	22	35,5
Boca do Rio	5	12,5	20,5	38
Itapuã	0	8,5	20,5	29
Cabula-Beirú	5	11,5	20	36,5
Pau da Lima	0	12,5	23,5	36
Subúrbio Ferroviário	0	12	18	30
Cajazeiras	0	12,5	15,5	28

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

O resultado global, considerando as três dimensões como precípuas para a aproximação da rede de unidades básicas de saúde com o princípio da Integralidade, aponta para o distanciamento das unidades nos distritos sanitários de Salvador desse princípio.

O Gráfico 5 representa o resultado encontrado. A borda externa do gráfico representa a maior pontuação possível de ser alcançada pelas unidades nos distritos sanitários, como simulando a aproximação com a integralidade (70 pontos).

Gráfico 5 – Proximidade da Rede de Unidades Básicas de Saúde com o princípio da Integralidade



Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

7.7 ENUNCIÇÃO AVALIATIVA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS PELOS USUÁRIOS

No final do formulário destinado aos usuários dos serviços, deixamos uma questão aberta para que os mesmos pudessem fazer comentários livres sobre algum assunto do seu interesse. Ao organizarmos os comentários feitos surgiu essa enunciação avaliativa com base

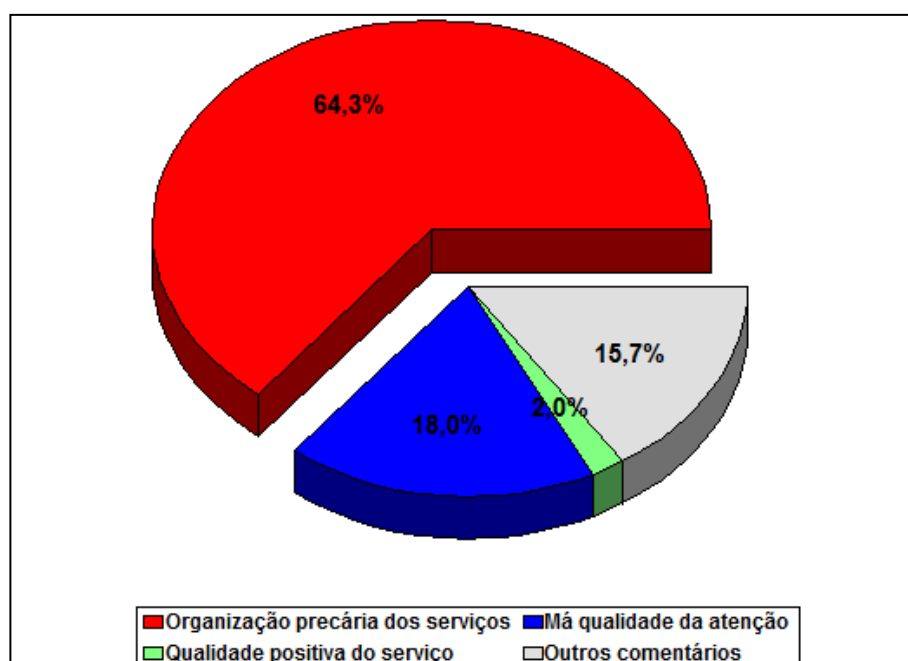
na ótica dos usuários. Como todas as respostas convergiram para aspectos da Integralidade, elas foram categorizadas do seguinte modo: organização precária dos serviços, baixa qualidade da atenção prestada e qualidade positiva do serviço (Gráfico 6). Para as respostas que se enquadravam nas duas primeiras categorias, as organizamos em outra categoria que contemplava ambas (Tabela 31). Essa questão foi respondida por 306 usuários (57%).

Na categoria *organização precária dos serviços* foram incluídas respostas relacionadas à falta de profissionais e de acesso aos serviços, à demora para a marcação de consultas, à estrutura precária das UBSs, à falta de materiais e equipamentos etc.; na categoria *baixa qualidade da atenção* foram incluídas respostas relacionadas principalmente às relações interpessoais entre profissionais de saúde, recepcionistas e os usuários, ao tempo curto que o profissional passa com o usuário na consulta, à falta de informações etc.; na categoria *qualidade positiva dos serviços* foram incluídas respostas relacionadas ao bom atendimento, ao tratamento atencioso que recebem e à gestão nas UBSs.

Observamos que 64% dos usuários que fizeram comentário apontaram para a organização precária dos serviços. Foram referidas a falta de profissionais médicos, a desorganização nas filas de espera, falta de medicamentos, vacinas, equipamentos e insumos para as consultas e procedimentos (Gráfico 6). Chama atenção o comentário de uma usuária: “nesse posto não tem profissionais, só tem enfermeiras”, fazendo alusão à falta de profissionais médicos.

Desse mesmo público, 18% apontam para a má qualidade da atenção que recebem na rede de unidade básicas de saúde. Citou-se o atendimento descortês por parte dos funcionários da recepção e dos profissionais de saúde; a falta de atenção dos profissionais em dar informações e esclarecimentos; o descumprimento do horário de chegada à UBS por parte dos médicos, com conseqüente tempo elevado de espera para a consulta; e falta de preparo dos profissionais.

Gráfico 6 – Organização dos serviços e das práticas na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – abril-setembro 2011



Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Apenas 2% dos entrevistados que fizeram comentários apontaram qualidades positivas dos serviços de saúde. Os comentários nesse sentido foram pelo bom atendimento que recebem ou o seguinte comentário, feito por uma usuária: “sinto que sou bem cuidada aqui”. Apenas uma usuária elogiou a gestão da UBS.

A distribuição dos resultados por distrito sanitário pode ser visualizada na Tabela 31.

Tabela 31 – Avaliação dos serviços na Rede de Unidades Básicas de Saúde, segundo usuários – Salvador, Bahia – abril-setembro 2011

Distrito Sanitário	Organização precária do serviço	Má qualidade da atenção	Org. precária e má qualidade da atenção	Qualidade positiva do serviço
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro				
Histórico	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	0
Itapagipe	13 (81,2)	2 (12,5)	1 (6,2)	0
São Caetano-				
Valéria	14 (56,0)	8 (32,0)	1 (4,0)	2 (8,0)
Liberdade	11 (73,3)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)
Brotas	21 (91,3)	0	2 (8,7)	0
Barra-Rio				
Vermelho	22 (51,2)	12 (27,9)	9 (20,9)	0
Boca do Rio	12 (75,0)	1 (6,2)	3 (18,8)	0
Itapuã	13 (56,5)	5 (21,7)	4 (17,4)	1 (4,3)
Cabula-Beirú	27 (52,9)	9 (17,6)	15 (29,4)	0
Pau da Lima	27 (71,0)	5 (13,2)	6 (15,8)	0
Subúrbio				
Ferrovário	25 (73,5)	6 (17,7)	2 (5,9)	1 (2,6)
Cajazeiras	10 (55,6)	4 (22,2)	3 (16,6)	1 (5,6)

Fonte: Elaborada pelo autor desta pesquisa.

A categoria organização precária do serviço apareceu com maior frequência nos distritos sanitários de Brotas (91%), Itapagipe (81%) e Boca do Rio (75%). Já a frequência da categoria baixa qualidade da atenção foi maior nos distritos de São Caetano-Valéria (32%), Barra-Rio Vermelho (27%) e Centro Histórico (25%). Alguns usuários fizeram comentários tanto em relação à organização precária do serviço quanto à baixa qualidade da atenção, aparecendo com maior frequência nos distritos Cabula-Beirú (29%), Centro Histórico (25%) e Barra-Rio Vermelho (20%). São quase inexistentes comentários sobre qualidade positiva dos serviços de saúde.

8 DISCUSSÃO

Nesta seção serão discutidos os resultados das análises realizadas. A seção está dividida em duas partes. Na primeira discutir-se-á, com base nos perfis levantados, a caracterização da amostra de usuários, profissionais da saúde e gerentes que foram entrevistados. A segunda parte traz a avaliação da rede de unidades básicas de saúde de Salvador com foco na Integralidade, na qual serão discutidos os resultados das dimensões de análise desta pesquisa.

8.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na amostra de usuários nota-se a predominância da população feminina na busca pelo serviço de saúde. Estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) aponta que a ausência dos homens nos serviços de saúde está relacionada com o modelo hegemônico de masculinidade, ainda que esta população sofra mais de doenças crônicas do que as mulheres, assim como o medo da descoberta de doenças graves. Nesse mesmo estudo os homens relatam que os serviços não estão organizados para estimular o acesso deles, tampouco o mercado de trabalho garante a prática do autocuidado preventivo.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) foi a iniciativa traçada pelo governo federal para incentivar a prática do autocuidado entre a população masculina, haja vista que com uma baixa procura por serviços da atenção básica os homens acessam o sistema de saúde por meio da média/alta complexidade. Tal prática vai de encontro ao modelo de vigilância à saúde, principalmente nos focos promocionais e preventivos, eleva o agravo da morbidade pelo retardamento da atenção e o gasto público com a saúde por meio dos procedimentos de média/alta complexidade. Entretanto temos assistido a uma política pouco consolidada e ainda com baixa adesão dos homens às práticas preventivas de saúde.

Em relação à escolaridade, ainda que com melhores resultados nesta pesquisa quando comparados com os resultados obtidos em estudo similar com a rede de unidades de saúde da família em Salvador (SILVA, 2010), apenas 39,4% dos usuários concluíram o ensino médio, o que consideramos também um número baixo, mesmo levando-se em conta a escolaridade da

população brasileira. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o analfabetismo no Brasil na população de 15 anos ou mais de idade alcança o patamar de 9,6%. No Nordeste do país, mais de meio milhão de jovens de 15 a 24 anos declararam não saber ler nem escrever (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Uma vez que a educação é considerada elemento determinante do processo saúde-doença, sabe-se que quanto mais anos de estudos tem uma pessoa melhores serão suas condições de vida e saúde.

Encontra-se nesta pesquisa um alto índice de entrevistados que se declararam desocupados. Esses dados refletem os encontrados para o Nordeste do país, em que a taxa de desocupação na região (8,9%) é maior que no Brasil (8,3%) (IBGE, 2010). O grupamento ocupacional com a maior concentração de pessoas encontrado foi o de donas de casa, seguido do grupamento de trabalhadores do setor de serviços. Entretanto, segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (2010), a distribuição de mulheres ocupadas em Salvador é de 60% no setor de serviços, seguida de 17% no comércio e 15% nos serviços domésticos.

Ainda encontramos nesta pesquisa um elevado número de pessoas que afirmam não possuir nenhum tipo de renda mensal, sendo maior o número das que afirmam possuir renda mensal inferior a um salário mínimo. Essa situação é preocupante. O Programa Bolsa Família, única fonte de renda da maioria dos entrevistados, considera extremamente pobres as famílias cujo rendimento mensal per capita é inferior a R\$ 70, e pobres aquelas com até R\$ 140 (BRASIL, 2011c).

Considerando o perfil amostral desta pesquisa, de maioria feminino, socialmente vulnerável e com baixa escolaridade, e o fato da maioria dos entrevistados revelar usufruir daquele serviço de saúde há mais de 10 anos apenas porque fica próximo à sua residência, concorda-se com Coelho et al (2009) que a organização dos serviços de saúde no modelo clínico tradicional não responde às demandas da maioria das mulheres. Para as autoras, nesse aspecto o serviço de saúde torna-se um lugar de constrangimento e desrespeito. Nesse sentido, destacamos a fala de uma usuária: “[...] Aqui não faço preventivo, é uma imundice, além de demorar a entrega do resultado”.

O estudo de McAlister e Baskett (2006) concluiu que países que apresentavam baixas taxas de escolaridade entre as mulheres também apresentavam elevadas taxas de mortalidade

materna e infantil. Em Salvador, a taxa de mortalidade materna é de 68/100.000 nascidos vivos, superior ao pactuado no PMS (2010-2013) (48,96/100.000 NV) para o ano de 2010 e do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, de 20/100.000 NV. (SALVADOR, 2010)

Esse panorama se explica, ainda que parcialmente, pelos resultados do estudo de Coelho et al (2009), desenvolvido em uma unidade básica de saúde de Salvador, quando se constata a inexistência da integralidade nas práticas dos profissionais de saúde em relação à saúde da mulher. Apesar dos profissionais reconhecerem as desigualdades de classe e gênero que permeiam as práticas de saúde e a organização dos serviços, não havia mobilização para a mudança, concluem as autoras.

O motivo para a procura das UBS pela maioria dos usuários entrevistados é o fato das unidades atenderem à demanda espontânea e, por consequência, encontrar facilidades no acesso. Como em Salvador a cobertura da Estratégia Saúde da Família não alcança nem mesmo 20% da população soteropolitana, isso dificulta seu acesso aos serviços de saúde, principalmente sob a lógica promocional e preventiva. Percebe-se, durante as entrevistas, que os usuários não cobertos pela ESF fazem duras críticas às unidades existentes próximas às suas residências porque estas não lhes atendiam. Isso se deve à baixa cobertura, à pulverização na implantação das equipes de saúde da família nos distritos sanitários em Salvador e à falta de conhecimento da população sobre a lógica de organização territorial da estratégia, criando nesses espaços geográficos uma territorialização excludente.

Em relação ao perfil dos profissionais desta pesquisa, os resultados se assemelham com os do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (2006) nos quesitos: sexo, já que naquele estudo as mulheres representaram a maioria das trabalhadoras no setor saúde na região metropolitana de Salvador; escolaridade, que segundo o Dieese, no setor saúde, a educação representada pela alta escolaridade é um requisito fundamental; e faixa etária, já que a maioria dos trabalhadores do setor saúde nas regiões metropolitanas brasileiras pesquisadas tem idade superior a 25 anos.

Entretanto os resultados divergem em relação ao critério raça/cor. Segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (2006), há uma baixa representatividade da população negra no setor saúde, quando comparado com o percentual de negros na População Economicamente Ativa (PEA) e a População Ocupada total. Em

Salvador, por ser uma cidade com elevada concentração da população negra, em relação à ocupação esses dados devem ser relativizados. Esta pesquisa revelou que a maioria dos profissionais de saúde declarou-se preto e/ou pardo. Todavia, segundo o Censo 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), Salvador concentra a maior desigualdade salarial entre brancos e pretos do Brasil.

Em relação ao perfil dos gerentes das unidades básicas de saúde, dois aspectos chamam atenção: a variedade de formação profissional dos mesmos e a não exigência de um perfil mínimo (formação, pós-graduação e experiência profissional prévia no setor saúde e/ou na gestão de unidade básica). Isso leva-nos a crer que a escolha desses profissionais para o cargo de gerentes das UBS é direcionada mais por critérios políticos do que técnicos, acarretando prejuízos para o processo de trabalho e para a resolubilidade dos problemas das pessoas, enfraquecendo a atenção básica como nível precípua para a estruturação e consolidação do Sistema Único de Saúde. Além disso, revela a ausência de uma política de qualificação dos profissionais da Atenção Básica para a sua prática cotidiana, por meio da educação permanente.

8.2 AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE

Analisa-se, na dimensão das políticas específicas para a atenção básica, dois indicadores para o processo de consolidação da atenção básica enquanto estratégia precípua do Sistema Único de Saúde e considerando a municipalização do sistema: a assunção da atenção básica como prioridade política municipal e o processo participativo na tomada de decisões.

Observa-se que as metas pactuadas pelo município para o ano de 2010 em diferentes áreas (triagem neonatal, anemia falciforme, hipertensão arterial e diabetes, saúde da criança e saúde da mulher), analisadas por este estudo, praticamente não tiveram êxito, principalmente em razão da desestrutura da rede de atenção básica (a baixa cobertura da ESF e o sucateamento das UBS). Destaque para o êxito do município na redução das taxas de internações por condições sensíveis à atenção básica.

O estudo de linha de base desenvolvido por Vianna et al (2006) analisando os

diferentes modelos de atenção básica nos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes apontou dois obstáculos para a reorganização da atenção básica que podem ser observados em Salvador com base nos resultados desta pesquisa: um de natureza estrutural, fruto do perfil de urbanização e o agravamento decorrente das condições sociais a partir do padrão de crescimento de desenvolvimento das áreas urbanas; outro de natureza setorial, decorrente do modo de distribuição dos serviços e tecnologias de saúde e do padrão de organização dos serviços e das práticas de saúde.

Paim et al (2003) revelaram diferentes Índices de Condições de Vida (ICV) entre as áreas norte e sul da cidade do Salvador. Os autores supõem que o padrão e o perfil epidemiológico da cidade são determinados pela estruturação do espaço urbano e as condições de reprodução social. Quando comparamos os dados socioeconômicos deste estudo com as conclusões do estudo acima, em que a maioria dos usuários entrevistados (mulheres) tem poucos anos de estudos e pelo perfil de renda estão estratificados abaixo da linha de pobreza, concordamos com os autores de que a reprodução social na cidade do Salvador segue formas perversas. Do mesmo modo, urge políticas intersetoriais que garantam os princípios do SUS de equidade e integralidade.

Ainda na dimensão das políticas específicas, constatou-se um constrangimento à participação social nas tomadas de decisão, expresso por meio da inexistência, na maioria das unidades pesquisadas, do Conselho Local de Saúde. Para Asensi (2011), o diálogo é uma estratégia privilegiada de resolução de conflitos e de ampliação dos direitos. E mais do que a possibilidade de espaço de atuação dos atores sociais, o espaço dialógico nos serviços de saúde representa uma nova forma de sociabilidade e de garantia dos direitos sociais impressos na Constituição Federal e na legislação do SUS. Assim, pode-se afirmar que no município de Salvador tal processo, no campo da atenção básica, é muito incipiente.

No segundo item comparativo entre os resultados desta pesquisa e os obstáculos apontados por Vianna et al (2006), o de natureza setorial, temos que a dimensão da organização dos serviços e das práticas foi a segunda pior dimensão avaliada neste estudo. Diferente dos achados dos autores, que encontraram espaços para melhorias da eficácia e sustentabilidade nos municípios paulistas estudados, em Salvador, por exemplo, o planejamento e monitoramento nos serviços de saúde dão-se de modo pontual, fragmentado e sem articulação com os distritos sanitários ou com as áreas técnicas da SMS.

O pensamento matusiano com o planejamento estratégico situacional (RIVERA, 1989) trouxe para os serviços de saúde a perspectiva dialógica e política do planejamento. Considerando a complexidade dos serviços de atenção básica à saúde, seus desafios e demandas, não há como alcançar resultados senão por meio de planejamento, caso contrário as unidades básicas de saúde continuarão reproduzindo o modelo médico-hegemônico e dificilmente atenderão à lógica de organização do modelo de vigilância à saúde, assim como ao princípio da integralidade. Para Scarazatti e Amaral (2008), o planejamento na organização da ação de coletivos assume a posição de construção de grupalidade, de um projeto coletivo e de uma perspectiva de realização profissional, com o objetivo de ampliação da capacidade operativa e resolutiva da equipe, o que se constitui em elemento de consolidação das ações e serviços de saúde com foco no princípio da Integralidade.

Nota-se que na rede de unidades básicas de saúde de Salvador o processo de trabalho segue uma lógica fragmentada, distante do modelo de vigilância à saúde e que não favorece a construção de processos coletivos de planejamento. Durante a fase da coleta de dados desta pesquisa, em que foram percorridas, mais de uma vez, 15 unidades básicas de saúde, ficou patente, tanto na observação quanto na fala de alguns profissionais, que não há articulação entre os programas, nem mesmo diálogo entre os profissionais, que em alguns casos nem se conhecem, ainda que trabalhem na mesma UBS.

A pesquisa também revelou que não há na rede de UBS um mecanismo institucionalizado de avaliação em saúde, seja da atenção prestada e/ou da organização do serviço, haja vista que a maioria das mudanças ocorridas no processo de trabalho das unidades investigadas deu-se tomando por base as observações empíricas dos gerentes ou profissionais. Contudo Potvin, Gendron e Bilodeau (2006) argumentam, baseados em uma concepção realista crítica, que a finalidade do processo avaliativo é guiar localmente a ação, informando as transformações dos eventos ligados à situação problemática, resultando em mecanismos ativos nos programas de saúde; a outra finalidade é melhorar a compreensão dos eventos vivenciados pelos atores, assim como da transformação de suas ações, conseqüentemente, aprimorando os atores para a apreensão dos mecanismos colocados em prática para a produção da mudança.

Sobre a educação permanente, os resultados encontrados apontam para um constrangimento a esta prática. Para o Ministério da Saúde, educação permanente “é

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20), baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Entretanto, diferente do encontrado pela pesquisa de Silva (2010), em que a maioria dos profissionais, principalmente de nível médio, demandava por processos de educação permanente e reclamava pela sua ausência, na rede de UBS a realidade encontrada foi outra. A maioria dos profissionais entrevistados nesta pesquisa tem vínculo estável e uma média de idade e de tempo no serviço maiores do que as encontradas nos profissionais da rede de USF. Durante as entrevistas foi possível perceber que os profissionais pouco valorizavam o processo de educação permanente argumentando que só estavam aguardando a aposentadoria.

O estudo de Selig e Valore (2010) com trabalhadores na fase de pré-aposentadoria revelou que alguns veem este momento como uma libertação de algo que os oprime. As falas de alguns trabalhadores deste estudo corroboram a literatura. Para alguns profissionais entrevistados a aposentadoria seria a oportunidade para se dedicarem a outros vínculos profissionais ou a empreendimentos particulares; para outros, a liberdade de um processo de trabalho difícil diante do contexto desfavorável na atenção básica em Salvador.

Ainda na dimensão da organização dos serviços e das práticas, a variável que obteve os melhores resultados foi a referente aos vínculos dos profissionais, haja vista que a maioria (83%) é estatutário. Esses dados divergem dos encontrados na pesquisa de Silva (2010), na rede de unidades de saúde da família em Salvador, em que a maioria dos vínculos dos profissionais (97%) era precário. Contudo, o estudo de linha de base de Facchini et al (2006) revela que dos 4.749 profissionais da Atenção Básica entrevistados em 41 municípios de estados do Nordeste e Sul do Brasil, o ingresso por concurso público alcançou cerca de 40% dos trabalhadores no Sul e no Nordeste, sendo significativamente maior no modelo tradicional (50%) do que no PSF (34%). Do mesmo modo que o trabalho precário foi maior no PSF (51%) do que nas UBS tradicionais (32%) na Região Nordeste, sem diferença entre os modelos de atenção básica no Sul (30%).

Podemos encontrar uma explicação histórica para essas diferenças de vínculos profissionais entre os modelos de atenção básica. As unidades básicas tradicionais datam das primeiras décadas do século XX, sendo ao longo do tempo consolidadas como serviços de saúde. Além disso, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde e,

consequentemente, o fim dos serviços prestados pelo extinto INAMPS, os seus trabalhadores foram cedidos ao SUS. Do mesmo modo ocorreu com o processo de descentralização/municipalização da saúde, em que os trabalhadores dos serviços de atenção primária à saúde, prestados pela gestão estadual, foram também cedidos para os serviços de atenção básica municipal, compondo assim os quadros funcionais das unidades básicas de saúde, sob o modelo tradicional. Nesta pesquisa encontramos trabalhadores com diversos vínculos estatutários: Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.

Nesta pesquisa, a dimensão que obteve os melhores resultados foi a das práticas profissionais, mesmo com variação entre as unidades de saúde. Destaque para os indicadores relação profissional-paciente, relação profissional-serviço e foco das ações. Entretanto, os resultados divergem dos apontados pela pesquisa de Silva (2010), em que o indicador que teve maior destaque foi o de processo de cuidado. Nesse sentido, o processo de cuidado na rede de unidades básicas de saúde sofre constrangimentos e é caracterizado pelo baixo foco das ações de saúde como respostas às demandas dos usuários.

Segundo Ayres (2011), o Cuidado torna a atenção à saúde integral e humanizada, trazendo à tona sujeitos onde antes havia objetos; de promoção de diálogo e de agregação onde antes havia monólogo e fragmentação. Não se consolida um modelo de atenção ou mesmo um sistema universal de saúde como o SUS sem que haja na prática cotidiana dos serviços de saúde um olhar fixado em um horizonte imaginário. A este horizonte chamamos de integralidade, caso contrário o trabalho torna-se repetitivo e mecânico. As práticas de cuidado devem ser ampliadas para além das causas do sofrimento manifesto pelas pessoas, devem ser levadas a cabo com uma prestação de serviço e não de dominação de um sujeito sobre o outro (MATTOS, 2001; GADAMER, 2006).

Nesse sentido, a pesquisa revelou uma divergência nas respostas de usuários e profissionais quanto ao grau de clareza na comunicação. Para os usuários há compreensão nos diálogos com os profissionais, porém foram baixos os números desses últimos que se sentem compreendidos. Percebemos nas falas dos profissionais que essa divergência se dá pela baixa adesão dos usuários à terapêutica prescrita, o que revela um modelo assistencial baseado numa relação impositiva e de autoridade por parte do profissional de saúde.

Na dimensão das práticas profissionais o indicador que merece maior destaque é a

relação profissional-serviço. Os resultados mostram que a maioria dos profissionais se identifica com o trabalho que realizam e estão satisfeitos com o trabalho que desempenham nas unidades básicas de saúde. Entretanto, alguns trabalhadores disseram que não se identificavam e tampouco estavam satisfeitos com o trabalho em razão do contexto desfavorável em que se encontra a atenção básica no município, ainda que tenham ratificado o trabalho na atenção básica como algo com que se identificavam e que os satisfizessem.

Pelo exposto, os resultados apontam para a precariedade das políticas de saúde voltadas para a atenção básica, caracterizada pela inexistência de políticas locais focadas nas necessidades e demandas da população assistida e/ou pelo perfil epidemiológico; para a desestruturação organizacional da rede de UBS, caracterizada pela ausência de mecanismos precípuos da gestão, como o planejamento e monitoramento, de uma política de educação permanente e da avaliação dos serviços e das práticas; finalmente, para o distanciamento entre as pessoas e o sistema de saúde municipal, a partir da baixa participação nos espaços colegiados de decisão, pela inexistência de um foco promocional e preventivo das ações de saúde.

Os resultados encontrados revelam um contexto precário para esse modelo de atenção básica (UBS tradicionais), haja vista a desestruturação da rede, a precariedade dos espaços físicos das unidades, a falta de profissionais, equipamentos e materiais. Durante a fase da coleta de dados, identificou-se a desestrutura na assistência odontológica, praticamente sem funcionamento em todas as unidades pesquisadas. Evidentemente há uma diferença entre as unidades nos distritos sanitários, porém, de modo global, a rede de serviços se distancia do princípio da Integralidade. Também é possível afirmar que o município de Salvador está distante de assumir a atenção básica como prioridade, conforme afirmado nos documentos oficiais.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos de natureza avaliativa retratam uma situação e em determinado tempo específico, podendo ser comparada a uma fotografia. Assim, os resultados apontam para um momento da rede de unidades básicas de saúde no SUS municipal em Salvador.

Faz-se necessário destacar que os indicadores utilizados neste estudo mostraram-se sensíveis e específicos para revelarem, baseados nas dimensões propostas, a aproximação da rede de unidades básicas de saúde com o princípio da Integralidade, assim como a utilização dos usuários como avaliadores também se revelou positiva, agregando outros elementos para a discussão.

Considerando os ensinamentos das ciências políticas, de que políticas públicas podem ser ação ou inação do governo, consideramos o caso das políticas públicas para saúde em Salvador uma escolha perversa. A rede de unidades básicas com modelo assistencial tradicional, bem como os resultados encontrados no estudo de Silva (2010) para a rede de atenção básica na Estratégia Saúde da Família, encontra-se estruturalmente comprometida, não proporcionando nenhum ou pouco grau de conforto para usuários e trabalhadores. E muitas unidades avaliadas neste estudo permanecem com a mesma estrutura de inauguração há mais de 30 anos. Sem falar na ausência de manutenção de equipamentos e de insumos para o pleno funcionamento dos programas, o que tem acarretado descontinuidade na prestação dos serviços, como no setor de odontologia.

Neste estudo o desempenho das unidades de saúde variou por dimensão analisada. Entretanto, de longe, a dimensão que obteve resultados menos favoráveis nas unidades estudadas foi a das políticas específicas, exceto para as unidades nos distritos Itapagipe, Itapuã e Cabula-Beirú, no que se refere à existência de Conselho Local de Saúde. Contudo, em relação à existência de projetos específicos para a comunidade, ainda que duas unidades tenham pontuado, consideramos inexistente em todas as unidades estudadas, haja vista que os projetos exemplificados não foram propostos pela equipe com base nas demandas locais, mas tiveram sua origem no Ministério da Saúde e/ou ações de educação em saúde.

Essa realidade revela o distanciamento da população dos serviços de saúde, ainda permanecendo no lugar de objetos de ações pensadas por outros. Essa passividade dos usuários, ao encontrar-se com a falta de motivação dos trabalhadores, como revelou esta

pesquisa, resulta em uma fórmula deletéria à saúde pública, na qual os primeiros se conformam com o que têm e os segundos dão pouco valor ao nível de atenção, que seria responsável pela mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas houve uma divergência entre a avaliação da dimensão, que indica como unidades com melhor desempenho as localizadas nos distritos Brotas, Centro Histórico e Itapagipe, e a avaliação livre feita pelos usuários, que aponta as unidades dos distritos Brotas, Itapagipe e Boca do Rio como as mais desfavoráveis do ponto de vista da organização dos serviços. Essa divergência evidencia uma possível falta de sensibilidade dos gerentes e profissionais quanto à oferta de serviços na rede de UBS, acreditando eles que o que está sendo oferecido seja suficiente para as demandas dos usuários, além de revelar o distanciamento desses últimos do processo de gestão.

Em relação à dimensão das práticas dos profissionais, as unidades melhor avaliadas estão nos distritos São Caetano-Valéria, Centro Histórico e Liberdade. Entretanto, na avaliação dos usuários, a unidade do distrito Centro Histórico aparece como a que oferta uma baixa qualidade da atenção, seguida pelas unidades dos distritos Barra-Rio Vermelho e Itapuã. Destacamos que a unidade do distrito sanitário São Caetano-Valéria obteve boa avaliação nessa dimensão e também nas enunciações dos usuários.

Outro ponto frágil na rede de UBS foram os resultados em relação ao processo de gestão nas unidades de saúde, haja vista que em poucas UBS as respostas foram positivas para o processo contínuo de planejamento e monitoramento das ações de saúde. Considera-se essas duas ferramentas como elementos-chave para o processo de trabalho em qualquer serviço de saúde, e sua ausência revela que o processo de trabalho dos profissionais centra-se apenas em resolver os problemas que se apresentam de imediato, sem presidir um plano de contenção ou ataque aos problemas de saúde mais comuns.

Isso pode ser expresso no pequeno número de profissionais que afirmou atuar sobre os determinantes dos problemas de saúde da população que atende. Isso reforça mais uma vez a ideia de que na rede de unidades básicas de saúde o modelo de atenção que norteia a organização dos serviços e das práticas e as práticas profissionais ainda é o médico-hegemônico, centrado na doença, na clínica e no consumo de tecnologias de alta densidade, que preza pela ação prescritiva dos profissionais, pela ausência de diálogo e de participação social nas decisões.

Em relação à baixa adesão à participação dos profissionais em ações de educação permanente, este estudo revelou outro aspecto importante: a baixa motivação dos profissionais para o trabalho. O fato de mais de 80% dos profissionais terem um vínculo estável de trabalho mostrou-se como um aspecto negativo quanto à mobilização para participação em ações dessa natureza, assim como o elevado tempo de serviço, principalmente de profissionais que estão próximos à aposentadoria. Durante a fase da coleta de dados alguns gerentes chegaram a dizer que os profissionais com mais tempo de serviço sequer participavam das ações de educação permanente. Isso revela um aspecto preocupante quando se considera o contexto desfavorável da atenção à saúde em Salvador, desmotivando o trabalhador, uma vez que, segundo relatos durante as entrevistas, por mais que se faça a terapêutica correta com o usuário em algum momento, ele não conseguirá dar prosseguimento ao tratamento em razão de alguma falha na articulação em rede e na garantia ao acesso a outros níveis de atenção.

Ainda que não seja possível acatar os argumentos dos profissionais como uma verdade absoluta, dado que por trás desse discurso há outros interesses pessoais, é preciso levar em conta a sua desmotivação, o que exige intervenção por parte da gestão municipal. Afinal, esses profissionais são responsáveis pelo cuidado, e esta desmotivação influencia na baixa qualidade da atenção prestada, principalmente em relação à comunicação profissional-paciente, que teve respostas divergentes na pesquisa, revelando um desencontro entre esses atores do processo terapêutico.

Não obstante os resultados insatisfatórios, um indicador que se destaca é a relação profissional-serviço. Nesse indicador, as variáveis *satisfação* e *identificação com o trabalho* tiveram resultados que se destacaram em meio aos demais, já que quase todos os profissionais se identificam e estão satisfeitos com o trabalho que desempenham nas unidades básicas de saúde estudadas. Entretanto, ainda que tenha havido melhores resultados na variável *identificação com o trabalho*, deve ser interrogado como, diante de um contexto de trabalho desfavorável, os profissionais podem se considerar satisfeitos e se identificar com o trabalho que executam. Notadamente, essas variáveis merecem aprofundamento em estudos posteriores.

É preciso levar em consideração neste estudo que se trata de uma linha de base avaliativa, o que remete a escolhas de requisitos mínimos para uma primeira aproximação

com o objeto estudado. Assim, muitos aspectos abordados por esta pesquisa merecem ser aprofundados, produzindo conhecimentos para o fortalecimento da atenção básica em Salvador, para que este nível de atenção à saúde alcance seu posto de estratégia para mudança do modelo de atenção e não permaneça como um padrão de continuidade de práticas e modelos que comprovadamente não garantem o direito à saúde.

Como área de intervenção, destaca-se a motivação dos profissionais, podendo no curto prazo impactar no ato de cuidar e na relação terapêutica. Outros três elementos que devem sofrer intervenções e que produziriam impacto imediato seriam o processo de gestão, com incentivo ao planejamento e monitoramento, a contratação de médicos e o fornecimento de materiais, insumos e equipamentos para o funcionamento dos serviços, principalmente os relacionados à saúde bucal.

Este estudo, por meio de seus três eixos analíticos – políticas específicas para a atenção básica; organização dos serviços e das práticas; e as práticas profissionais – revela que no município de Salvador a rede de unidades básicas de saúde está distante do princípio da Integralidade. Tal resultado evidencia a não prioridade da atenção básica para a gestão municipal, dado os inúmeros constrangimentos encontrados para o funcionamento da rede de serviços avaliada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar; ANDRADE, Roberto Fernandes. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral da saúde – doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 101-120.

ALMEIDA, Deybson Borba de. **Avaliação da gestão de uma unidade de saúde da família nas dimensões da Integralidade**. 2010. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ASENSI, Felipe Dutra. Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2011. p. 71-94.

AYRES, José Ricardo. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2011. p. 27-44.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2000.

BRAGA, José Carlos S.; PAULA, Sérgio G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Estudos de Linha de Base nos grandes municípios brasileiros: uma ação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). **Informe da Atenção Básica**, Brasília, ano VI, n. 27, jan./fev. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 648/2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Net**. Indicadores – Tipos de Unidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=292740&VUni=02>. Acesso em: 18 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**. Ações em Saúde – Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica**. Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 23 nov. 2011c.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde: 2006. p. 88-110. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 9 set. 2010.

BRETON, Mylaine. et al. L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationelle et organisationnelle. **Pratiques et Organisation des Soins**, v. 39, n. 2, p. 113-124, avril./juin. 2008.

BUSS, Paulo. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CALIPO, Sílvia. M. **Saúde, Estado e ética-NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública na saúde?** 2002. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2003. p. 45-60.

CAMPOS, Carlos Eduardo. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 877-906, 2007.

CAPELLA, Ana Cláudia. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas

públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 87-122.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1987.

CARDOSO, Marcelle de O. **Avaliação da cobertura da Atenção Básica à Saúde em Salvador, Bahia**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio; FARIA, Lina. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 35-44, abr./jun. 2008.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

_____; MATSUMOTO, Norma Fumie. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo; MATTOS, Rubem (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Caxias do Sul: EDUSC/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2006.. p. 37-50.

CHRISTIE, Christina. Reported influence of evaluation data on decision makers' actions: an empirical examination. **American Journal of Evaluation**, v. 28, n. 1, p. 8-25, 2007.

COELHO, Edméia. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009.

COELHO, Renata Maria. **O exercício do controle social na política de Assistência Social na conjuntura recente**: um estudo sobre a experiência do município de Duque de Caxias no Estado do Rio de Janeiro. 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

COLLIÈRE, Marie-François. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, suplemento 1, p. 7-27, 2008.

_____. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

DEIRÓ, Laís Farias da Silva; NASCIMENTO, Neila Pierote Gaspar. **Análise do contexto da prática da enfermeira no programa de saúde da família com foco na integralidade**. 2010. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (Dieese). **O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras**. Nota técnica n. 33. Brasília: Dieese, 2006. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec.xml>>. Acesso em: 08 jan. 2011.

_____. Sistema PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego. **A mulher nos mercados de trabalho metropolitanos**. Brasília: Dieese, 2010. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/ped/ssa/pedssaMulher2010.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2011.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.

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**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FELISBERTO, Eronildo. et al. Estudos de impacto do PROESF: considerações e diretrizes preliminares necessárias à sua proposição. In: HARTZ, Zulmira; FELISBERTO, Eronildo; VIEIRA DA SILVA, Lígia (Org.). **Meta-Avaliação da atenção básica à Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 369-388.

FOUCAULT, Michel. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. **Educación Médica y Salud**, v. 10, n. 2, p. 152-170, 1976.

GADAMER, Hans-Géorg. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GIL, Célia Regina R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine; ARAÚJO, Fábio. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

HARTZ, Zulmira; FELISBERTO, Eronildo; VIEIRA DA SILVA, Lígia (Org.). **Meta-Avaliação da atenção básica à Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HARTZ, Zulmira; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suplemento 2, p. 331-336, 2004.

IBAÑEZ, Nelson. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KOKKO, Simo. Integrated primary health care: finnish solutions and experiences. **International Journal of Integrated Care**, v. 9, p. 1-9, apr./jun. 2009.

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

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade a atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

McALISTER, Chryssa; BASKETT, Thomas. Female Education and Maternal Mortality: a worldwide survey. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 28, n. 11, p. 983-990, nov. 2006.

MELO, Cristina. et al. **Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na integralidade**. (Relatório preliminar). Salvador: Grupo de Pesquisa Gerir/Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2007.

MELO, Marcus André. Crise federativa, guerra fiscal e “Hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 11-20, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, Maria Helena; VASCONCELLOS, Miguel; VIANA, Ana Luíza. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suplemento 1, p. 4-5, 2008.

MERHY, Emerson Elias. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A (Org.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Caxias do Sul: EDUSC/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2006. p. 51-64.

MINAYO, Maria Cecília de S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. da. **Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-44 (Prefácio).

MOTTA, Paulo R. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. **RAP – Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 86-96, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Mensaje del director. **Boletim Oficina Sanitária Pan-Americana**, v. 109, n. 5-6, 1990.

_____. Los Sistemas Locales de Salud. **Boletim Oficina Sanitária Pan-Americana**, v. 106, n. 1, 1989.

_____. A organização sanitária do Brasil. **Boletim Oficina Sanitária Pan-Americana**, v. 8, n. 10, p. 1147-1149, oct. 1929.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998.

_____. et al. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 30-39, jan./jun. 2003.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: _____.; MATTOS, Rubem. **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CAPESC/IMS/UERJ/Abrasco, 2008. p. 17-41.

POTVIN, Louise; GENDRON, Sylvie; BILODEAU, Angèle. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 65-86.

RIVERA, Javier Uribe (Org.). **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODDEN, Jonathan. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 9-27, jun. 2005.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde 2006-2009**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório anual da Atenção Básica para manutenção do incentivo financeiro estadual**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Subcoordenação de Informações em saúde. **TabNet - Salvador**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>. Acesso em: 07 ago. 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2011. (versão preliminar).

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva; MELO, Cristina. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, nov./dez. 2008.

SCARAZATTI, Gilberto Luiz; AMARAL, Márcia Aparecida. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner; GUERRERO, André Vinícius Pires (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 206-220.

SELIG, Gabrielle Ana; VALORE, Luciana Albanese. Imagens da aposentadoria no discurso de pré-aposentados: subsídios para a orientação profissional. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2010.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA SANTOS, Handerson. **Análise da implantação do processo de terceirização no sistema municipal de saúde em Salvador**. 2009. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SILVA, Melissa Almeida. **Avaliação da rede de unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SILVA, Silvio Fernandes. **Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA SANTOS, Boaventura de. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE; Marta, MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

_____. Federalismo. In: MARTINS, Carlos; LESSA, Renato. **Horizontes das Ciências Sociais no Brasil: Ciência Política**. São Paulo: ANPOCS, 2010. p. 341-366.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUTER, Esther. et al. Ten key principles for successful health system integration. **Healthcare Quarterly**, v. 13, supplement, p. 16-23, oct. 2009.

TEIXEIRA, Carmem. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: _____; SOLLA, José Jorge (Org.). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.



VEDEL, Isabelle. et al. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. **International Journal of Integrated Care**, v. 11, Special 10th Anniversary Edition, p. 1-11, mar. 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

VIEIRA DA SILVA, Lígia. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; _____ (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 15-39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? **Technical Brief**, n. 1, May 2008. Genebra: WHO, 2008.

APÊNDICE A – Formulário do Gerente

 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 – 7623		 fapesb Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia	
Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco na Integralidade Formulário dos GERENTES			
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. Vespertino	8. Hora Final:
I. Informações sociodemográficas			
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)	
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? 1. () preta 2. () branca 3. () parda 4. () amarela 5. () indígena 6. () outra Qual? _____	A5. Qual sua escolaridade? 1. () Ensino fundamental (8ª série) incompleto 2. () Ensino fundamental (8ª série) completo 3. () Ensino médio incompleto 4. () Ensino médio completo 5. () Superior incompleto 6. () Superior completo 7. () Pós-graduação completa? Qual? _____ 8. () Não frequentou escola	A6. Qual a sua profissão? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Assistente Social 4. Odontólogo 5. Psicólogo 6. Outro Qual? _____	
A7 Tempo de serviço nesta unidade de saúde 1. () Há menos de um ano 2. () Entre um e cinco anos 3. () Entre cinco e dez anos 4. () Mais de dez anos :			
A10 Já trabalhou anteriormente como gestor de unidade básica de saúde? 1 () Sim 2 () Não			
A11. Por quanto tempo? 1. () Menos de um ano 2. () Entre um e dois anos 3. () Mais de dois anos 4. () Mais de cinco anos			
A11. Além de gerente da unidade, você tem outra ocupação? 1. Sim 2. Não Qual? _____			

A12. Quais as principais barreiras encontradas para gerir a unidade?

II. Questões sobre a dimensão das políticas específicas

PE 2.1 Vocês desenvolvem por iniciativa do serviço algum projeto/atividade/ações programáticas sobre os problemas de saúde mais frequentes da população da área? 1 () Sim 2 () Não

Quais? _____

PE 2.2 Existe conselho local de saúde nesta unidade? 1 () Sim 2 () Não

III. Questões sobre a dimensão da organização dos serviços e das práticas

	SIM (1)	NÃO (2)
OSP 1.1 a Vocês fazem planejamento dos serviços/atividades? (se não, vá para a questão OSP 1.2)		
OSP 1.1b O planejamento é feito continuamente (toda semana, toda quinzena, todo mês)?		
OSP 1.2a Vocês fazem monitoramento (acompanhamento) da produção de serviços? (se não, vá para a questão 2.3)		
OSP 1.2b O monitoramento (acompanhamento) é feito semanalmente?		
OSP 2.3a Existem iniciativas de educação permanente para os profissionais que sejam ofertadas pela secretaria/distrito/unidade? (se não, vá para a questão OSP 2.4 a)		
OSO 2.3 b As iniciativas de educação permanente estão voltadas para o trabalho desempenhado pelos profissionais?		
OSP 2.4 a Foi tomada alguma iniciativa de reorganização do processo de trabalho na unidade nos últimos três meses? (se não, vá para o item IV)		
OSP 2.4 b Essas iniciativas foram tomadas com base na avaliação dos serviços?		

IV. Quantos e que profissionais trabalham nesta unidade?

Categoria profissional	Tipo de Vínculo	Quantidade de profissionais
Agente comunitário de saúde	Seleção pública	
	Concurso público	

	REDA	
	TAC	
Auxiliar de consultório dentário	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Auxiliar de enfermagem	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Assistente social	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Enfermeira	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Médico	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Odontólogo	Seleção pública	
	Concurso público	

	REDA				
	TAC				
Técnico de enfermagem	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Psicólogo	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Outros tipos de vínculo (expressar categoria e quantidade)					
Outro profissional de saúde (especificar)	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Outros (que não são profissionais de saúde): vigilante, auxiliares de higienização, recepcionista, auxiliar administrativo, etc. (especificar quais e quantos).	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Quantos consultórios médicos? _____ consultórios.					
Quantos consultórios odontológicos? _____ consultórios.					
Quantos consultórios de enfermagem? _____ consultórios.					
Você considera que nesta unidade o princípio da Integralidade é aplicado? (Explicar o que é integralidade) 1 () Sim 2. () Não Se não, por que?					
Qual valor de 1 a 5 você atribui à confiança das respostas dadas por você nesta entrevista? Considere que 1 é pouco confiável e 5 é muito confiável	1	2	3	4	5



APÊNDICE B – Formulário do Profissional de Saúde

 UFBA	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br Coordenação: Prof ^º . Dr ^ª . Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 – 7623	 fapesb <small>Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia</small>	
Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco na Integralidade Formulário dos PROFISSIONAIS			
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:
IV. Informações sociodemográficas			
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)	
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? 1 () preta 2 () branca 3 () parda 4 () amarela 5 () indígena 6 () outra _____	A5. Qual sua escolaridade? 1 () Ensino fundamental incompleto 2 () Ensino fundamental completo 3 () Ensino médio incompleto 4 () Ensino médio completo 5 () Superior incompleto 6 () Superior completo 7 () Pós-graduação completa Qual? _____ 8. () Não frequentou escola	A6. Profissão: () Enfermeira () técnico de enfermagem () auxiliar de enfermagem () médico () odontólogo () auxiliar de consultório dentário () agente comunitário de saúde () THD	
A7 Tempo de serviço nesta unidade:			
A8. Além desta atividade, você tem outra ocupação? 1.Sim 2.Não Qual? _____			
V. Questões sobre a dimensão das políticas específicas			
PE 2.1 Além do que é pedido nos programas do ministério da Saúde, é desenvolvido algum projeto/atividade/ações programáticas sobre os problemas de saúde mais frequentes da população da área por iniciativa de vocês? 1. () Sim 2.() Não Quais? _____			
VI. Questões sobre a dimensão da organização dos serviços e das práticas			
TODOS OS PROFISSIONAIS		SIM (1)	NÃO (2)

OSP 2.1 a Você participou de alguma atividade de educação permanente nos últimos seis meses?				
OSP 2.3a As atividades de educação permanente das quais você participou foram oferecidas pela secretaria/distrito/unidade?				
OSP 2.3b Essas atividades de educação permanente contribuíram para a sua prática nesta unidade?				
SÓ PARA ENFERMEIRAS (SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E HIPERDIA)	SIM (1)	NÃO (2)		
OSP 1.1a Vocês fazem planejamento?				
OSP 1.1b O planejamento é feito continuamente?				
OSP 1.2a Vocês fazem acompanhamento da produção de serviços?				
OSP 1.2b O acompanhamento é feito semanalmente?				
OSP 2.4a Nos últimos três meses foi feita alguma mudança na organização do trabalho da unidade?				
OSP 2.4b Essas mudanças foram feitas com base na avaliação dos serviços?				
I. Questões sobre a dimensão das práticas profissionais				
Existem problemas que dificultam o desenvolvimento do seu trabalho na unidade? 1. () Sim 2.() Não Quais? _____				
FOCO DAS AÇÕES				
	Não	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
PP 3.2 Você considera que tudo o que você explica ao usuário é entendido por ele? (só para médicos, enfermeiras, odontólogos)				
PP 4.1a. Você se identifica com o trabalho que realiza nesta unidade? (Todos)				
PP 4.1b. Está satisfeito com o seu trabalho? (todos)				
Ao atender ao usuário você identifica outros problemas além dos referidos por ele?				

Você intervém sobre os problemas identificados?					
Seu trabalho na unidade atua sobre as causas ou determinantes dos problemas apresentados pela população?					
A11. Você considera que nesta unidade o princípio da Integralidade é aplicado? (explicar o que é integralidade) 1.() Sim 2.() Não Se não, porque? _____					
Em relação à confiança, qual o valor de 1 a 5 que você atribui às respostas dadas por você durante essa entrevista? (considerando 1 pouco confiável e 5 muito confiável)	1	2	3	4	5

APÊNDICE C – Formulário do Usuário

 UFBA	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br Coordenação: Profª. Drª. Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 - 7623	 fapesb Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia	
Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco na Integralidade Formulário 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:
O informante do questionário é: 1. Homem adulto 2. Mulher 3. Gestante 4. Idoso 5. Acompanhante (pai/mãe/avô/avó) de criança			
I. Informações Sociodemográficas			
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)	
A4.Em qual dessas classificações você define sua cor? 1. () preta 2. () branca 3. () parda 4. () amarela 5. () indígena 6. () outra _____	A5. Qual sua escolaridade? 1. () Ensino fund. (8ª série) incompleto 2. () Ensino fundamental (8ª série) completo 3. () Ensino médio incompleto 4. () Ensino médio completo 5. () Superior incompleto 6. () Superior completo 7. () Pós graduação completa 8. () Não frequentou escola	A6. Bairro onde reside: A7. Há quanto tempo reside neste local: 1. () Sempre morou no bairro 2. () Há menos de um ano 3. () Entre um e cinco anos 4. () Entre cinco e dez anos 5. () Mais de dez anos	
A8. Está trabalhando no momento? 1. () Sim 2. () Não A9. Qual a sua ocupação/profissão?	A10. Qual a sua renda pessoal? 1. () inferior a um salário 2. () até um salário mínimo 3. () de um a dois salários 4. () de dois a três salários 5. () de três a quatro salários mínimos 6. () superior a cinco salários mínimos 7. () não quis responder 8. () não tem renda	A11. Porque utiliza esse posto de saúde 1. () Mora perto 2. () gosto do serviço 3. () gosto do profissional (qual? _____) 4. () só tem esse 5. () Sou cadastrado 6. () Outro motivo: _____	
A12. Há quanto tempo utiliza os serviços dessa unidade de saúde? 1. () Há menos de um ano 2. () Entre um e cinco anos 3. () Entre cinco e dez anos 4. () Mais de dez anos	A13. Para que o(a) senhor(a) veio procurar essa Unidade de Saúde? 1. () Consulta médica 2. () Consulta odontológica 3. () Consulta enfermagem Pré-natal 4. () Consulta de Planejamento Familiar 5. () Vacina 6. () Curativo 7. () Assistente social	A14. De um modo geral, o Sr (a) como considera a sua condição de saúde? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim	

	8. () Nutricionista 9. () Psicólogo 10. () Outro: _____	
A15. Como foi que o(a) senhor(a) conseguiu a vaga para ser atendido hoje? 1. Pegou a ficha hoje 2. Marcou consulta presencialmente no SAME 3. Marcou consulta por telefone 4. O médico/outro profissional agendou o retorno 5. O ACS marcou a consulta 6. Lista de espera 7. Um profissional conhecido da Unidade marcou 8. Um terceiro(amigo/familiar) marcou 9. Outro. Qual? _____		
VII. Questões sobre a dimensão da organização dos serviços e das práticas		
Participa de ações programáticas desenvolvidas na Unidade? 1. () Sim 2. () Não Permite múltipla resposta 1. Hipertensão 2. Tuberculose 3. Diabetes 4. Ações preventivas de saúde bucal 5. Planejamento Familiar 6. Pré-Natal 7. Acompanhamento da Criança 8. Hanseníase 10. Outros. Quais? _____		
Como o Sr(a) avalia a organização do serviço que utiliza nessa unidade? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim		
VIII. Questões sobre a dimensão das Práticas dos Profissionais		
PP 2.1 O profissional que lhe atende orienta o(a) senhor(a) sobre como deve continuar seu tratamento (quando retornar, onde realizar os exames, onde pegar medicamentos)? 1. () Sim 2. () Não		
PP 2.2. O/A senhor(a) recebe orientações de como deve cuidar da sua saúde? 1. () Sim 2. () Não		
PP 3.1a Depois de ser atendida nesta unidade a senhora alguma vez precisou retornar para tirar dúvidas? 1. () Sim 2. () Não (Se não, ir para a questão PP 3.2)		
PP 3.1.b Todas as vezes que precisou tirar dúvidas com o profissional que lhe atendeu o senhor conseguiu falar com ele? 1. () Sim 2. () Não		
PP 3.2 Quando você é atendido, você entende tudo o que o profissional de saúde lhe explica? 1. () Sim 2. () Não		
Como a Sra (o) avalia o atendimento dos profissionais desta unidade? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim		
Qual o profissional que melhor atendeu a senhora (o) nessa unidade? 1. Enfermeira 2. Médico 3. Téc. de Enfermagem 4. ACS 5. Dentista 6. Aux. Administrativa		

7. Outros: _____
As suas necessidades de atendimento foram satisfeitas? 1. () Sim 2. () Não Se não, por que? _____

O/A Senhor (a) gostaria de acrescentar algum comentário?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISAS GERIR

TÍTULO DO PROJETO: **AValiação DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

Nós, Handerson Silva Santos, (pesquisador responsável), Cristina Melo (coordenadora da pesquisa), Heloniza Costa (pesquisadora voluntária) e o Grupo de Pesquisas GERIR, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, convidamos você a participar como entrevistada (o) de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os centros e unidades básicas de saúde, investigando a existência de projetos de ações específicas para a comunidade; como estão organizados os serviços e as práticas de saúde; e as práticas profissionais. Este estudo poderá contribuir em prováveis mudanças no processo de trabalho e nas políticas de saúde. Esta pesquisa é de conhecimento e já conta com o consentimento do gestor da Secretaria Municipal da Saúde.

Você poderá sentir-se constrangida(o) de ser questionada(o) sobre o seu cotidiano e sobre a unidade em que trabalha ou é atendida(o). Isso será sanado quando fizermos a entrevista em um local fechado, de modo que garanta a confiabilidade das respostas e o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem deu a entrevista, buscaremos respeitar sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer momento da pesquisa. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação neste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade do Grupo de Pesquisas GERIR.

Se você consentir em participar, responderá a um formulário. O material será arquivado no Grupo GERIR, da Escola de Enfermagem da UFBA, ficando à sua disposição por um período de cinco anos. Após este período será anexado à base de dados do Grupo GERIR.

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 ou através do seguinte endereço eletrônico: handerson_bahia@yahoo.com.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido informada (o) sobre os objetivos da pesquisa, concordo em participar da entrevista e autorizo que as informações coletadas sejam utilizadas para a construção da pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo, assinando este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador, Bahia, _____ de _____ de 2011.

Entrevistada(o)

Impressão Digital

Pesquisador(a)

ANEXO A – Termo de Aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campus Universitário – Vale do Canela /CEP.: 40110-060-Salvador-Bahia

TERMO DE APROVAÇÃO

Temos a satisfação de informar que o seu protocolo nº 13/2011 FR-412418 foi aceito e conforme avaliação “ad referendum” feita pela coordenadora do CEPEE.UFBA foi **CONSIDERADO APROVADO**, por atender as sugestões feitas pelo parecerista. De acordo com a resolução você deve se lembrar da entrega dos relatórios parciais e finais no decorrer da pesquisa.

Dados do Protocolo:

Nº 13/2011

FR-412418

Título: Avaliação da rede de Unidades básicas de saúde com foco no princípio da integralidade.

Pesquisador Responsável: Msc.Handerson Silva Santos

Coordenadora do Projeto: Dr^a Cristina M.Meira de Melo – Orientadora

Pesquisadora Voluntária:Dr^a Heloniza O.Gonçalves Costa

Cordialmente

Salvador, 05 de abril de 2011

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do CEPEE.UFBA