



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIANO RODRIGUES REIS

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

Salvador
2012

LUCIANO RODRIGUES REIS

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha Organização e Avaliação dos Sistemas de Serviços de Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Norma Carapiá Fagundes

Salvador
2012

R375 Reis, Luciano Rodrigues

Organização dos serviços na Estratégia de Saúde da Família com foco na integralidade / Luciano Rodrigues Reis. – Salvador, 2012.

91 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Norma Carapiá Fagundes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012.

1. Saúde da Família. 2. Saúde Pública. 3. Integralidade. I. Fagundes, Norma Carapiá. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 614

LUCIANO RODRIGUES REIS

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

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

Aprovada em 24 de maio de 2012.

Norma Carapiá Fagundes _____

Doutora em Educação. Professora da Escola de Enfermagem da UFBA.

Sonia Cristina Lima Chaves _____

Doutora em Saúde Pública. Professora da Escola de Odontologia da UFBA.

Cristina Maria Meira de Melo _____

Doutora em Saúde Pública. Professora da Escola de Enfermagem da UFBA.

Maria Enoy Neves Gusmão _____

Doutora em Saúde Pública. Professora da Escola de Enfermagem da UFBA.

Dedico este trabalho à minha família, meus pais, irmãos, sobrinhos e aos meus amigos, que me cercam de motivação e alegrias.

AGRADECIMENTOS

Este estudo é reflexo de um desejo pessoal de conhecimento e crescimento profissional alimentado por alguns anos. Para concretizá-lo, contei com o indispensável incentivo e motivação de familiares, colegas e amigos.

Agradeço inicialmente a Deus, pela vida, proteção e força para superação de todas as barreiras para a realização deste ideal.

À Prof^a. Dr^a. Norma C. Fagundes, minha orientadora, por conduzir-me com maestria, conhecimento teórico, diante dos tropeços, construções e desconstruções, de tal modo que me incentivou a prosseguir sempre.

À Prof^a Dra. Cristina Melo, pelos ensinamentos, que me deixavam inquieto e em conflito. Não se preocupe, todo conflito é importante, pois leva à reflexão e à mudança.

À minha família, pai, mãe, irmãos e sobrinhos, que compreenderam sempre a minha ausência e me apoiaram em todos os momentos da minha vida.

À Jurema, Leila e Karol, que me ensinaram e ensinam a viver e a aprender.

À Emília e Lívia por dividirmos os mesmos ideais, por acreditarmos e por sonharmos juntos: é sempre bom ser bem-vindo ao mundo real, minhas caras.

À Tati, por me apresentar Salvador sob seus olhos, pelo apoio nas minhas decisões e vibração com as minhas pequenas conquistas. Obrigado, minha amiga.

Ao meu amigo Barbosa, psiquiatra às avessas, que me apoiou, me incentivou e me alegrou nas horas mais difíceis e conflituosas.

A minha querida amiga Taize, com seu jeito meigo e carinhoso, mas, ao mesmo tempo, furacão tempestuoso, que esteve sempre ao meu lado, me apoiando e incentivando.

Ao grupo GERIR, pela troca de conhecimentos, pelo carinho e acolhimento. Tenho certeza de que, com essa experiência, não somos mais os mesmos.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, a todos os docentes e colegas que contribuíram nesta caminhada.

Aos sujeitos desta pesquisa, pela colaboração. A participação de vocês foi fundamental! A cada entrevista, percebi que, na formatação das políticas de saúde do SUS e da organização dos seus serviços, existem profissionais apaixonados e envolvidos com os seus princípios e diretrizes, na luta por uma vida social mais digna.

Compartilho com todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente a alegria de concluir este trabalho.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

Desde 2004, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada no município de Salvador com a expectativa de imprimir uma nova dinâmica na organização do sistema de serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade e integralidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde. Entretanto, ainda que seja um dos municípios pioneiros na implantação da Reforma Sanitária no Brasil ao aderir ao Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) em 1987, incorporando como estratégia de organização dos serviços a implantação dos Distritos Sanitários (DS), Salvador apresenta grandes desigualdades internas na organização do sistema de serviços de saúde, conforme estudos realizados que apontam as fragilidades do sistema de saúde local, sobretudo no que se refere ao princípio da integralidade. Assim, este estudo teve como objetivo descrever por que a organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador se distancia do princípio da integralidade. A pesquisa foi de campo, ouviu sujeitos envolvidos com a gestão dos serviços de saúde do município. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas; a análise de conteúdo possibilitou a categorização do conjunto de núcleos de significados. Os resultados apontaram que, no contexto municipal, os processos de construção do SUS e suas políticas são marcados por descontinuidade, acertos e desacertos em relação às suas diretrizes. Chama atenção a grande heterogeneidade dos elementos político-administrativos que se constituem como correlação de forças em torno da organização dos serviços básicos de saúde na ESF, polarizando-se em componentes como: prioridade da gestão em torno da estratégia, descontinuidade político-administrativa e pulverização da estratégia no município. Soma-se a isso a existência de uma rede de serviços de saúde desarticulada e mal distribuída, fragilidades na cultura de planejamento como instrumento orientador na organização de serviços básicos de saúde e precarização dos vínculos e das condições de trabalho, cujas interrupções refletem na qualidade dos serviços prestados à população. Conclui-se que a organização dos serviços de saúde do município de Salvador envolve elementos contraditórios e conflituosos em todos os âmbitos da dimensão político-administrativa. Tal situação gera descontinuidades, fragmentações que em muito explicam o porquê do distanciamento da organização dos serviços do princípio da integralidade. As estruturas existentes e os mecanismos utilizados pela gestão municipal não têm contribuído para efetivar a integralidade na atenção. A organização dos serviços de saúde na atenção básica, em especial na ESF, continua distante da imagem-objetivo de um sistema

de saúde que incorpore o princípio da integralidade como um dos seus eixos estruturantes, apontado que, essa dimensão, constitui-se num dos grandes desafios do SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Pública. Integralidade.

ABSTRACT

Since 2004, the Family Health Strategy (FHS) has been implemented in the city of Salvador with the expectation of a new dynamic in the organization of health services system based on principles of accessibility, and completeness longitudinality the care provided by staff Health. However, despite being one of the pioneer cities in the implementation of health reform in Brazil to join the Decentralized System and Unified Health System (SUDS) in 1987, incorporating as a strategy for organizing services for implementation of health districts (DS) has great internal inequalities organize the system of health services, as studies indicate that the weaknesses of the local health system, particularly with regard to the principle of comprehensiveness. Thus, the study aimed to describe why the organization of health services in the city of Salvador ESF is far from the principle of comprehensiveness. The field survey was heard subjects involved in the management of health services in the city. For data collection, we used semi-structured interviews, content analysis allowed the categorization of all the units of meaning. The results showed that, in the municipal context, the construction processes of the NHS and its policies are marked by discontinuity, rights and wrongs in relation to their guidelines. Noteworthy is the great heterogeneity of political and administrative elements which constitute the correlation of forces around the organization of basic health services in the ESF, polarizes in components such as: priority management strategy around the discontinuity political-administrative and spraying of the strategy in the municipality. Added to this the existence of a network of health services disjointed and poorly distributed, weaknesses in the culture of planning as a guiding tool in the organization of basic health services and failing links and working conditions, which reflect the quality interrupts services rendered to population. It is concluded that the organization of health services in the city of Salvador involves contradictory and conflicting elements in all spheres of political and administrative dimension. This situation creates discontinuities, fragmentations that much explain why the distance from the organization of the principle of comprehensive services. Existing structures and mechanisms used by the municipal administration has not contributed to effect the integral attention. The organization of health services in primary care, in particular the ESF, remains distant image-goal of a health system that incorporates the principle of comprehensiveness as one of its structural axes, pointed out that this dimension, but it is a of the great challenges of the SUS.

Keywords: Family Health Strategy. Organization of health services. Completeness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Distribuição dos entrevistados segundo sexo, escolaridade e formação, tempo de formado, tempo de atuação, experiência em saúde pública e escolha para o cargo	30
Figura 1 –	Plano de análise do estudo	33
Gráfico 1 –	Proximidade da rede de Unidades de Saúde da Família com o princípio da integralidade na dimensão da organização dos serviços e das práticas de saúde	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAPS	Coordenação de Atenção e Promoção da Saúde
DS	Distrito Sanitário
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ELB	Estudo de Linha de Base
ENF	Enfermeira
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUT	Nutricionista
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PDDU	Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde

SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TAC	Termo de Ajuste e Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE	18
3 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ESF: ASPECTOS LEVANTADOS POR ESTUDOS NA ÁREA	20
4 UMA VISÃO GERAL DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	24
5 METODOLOGIA	28
5.1 CENÁRIO DO ESTUDO	28
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
5.3 COLETA DE DADOS	31
5.4 PLANO DE ANÁLISE	32
5.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS DE PESQUISA	36
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
6.1 POSIÇÕES TÉCNICO-POLÍTICAS E CORRELAÇÕES DE FORÇAS ENTRE OS ATORES SOCIAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR	37
6.2 ARTICULAÇÃO DA ESF À REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL	46
6.2.1 Articulação da ESF a Rede de Serviços de Saúde Municipal: uma Visão Macro da Gestão	47
6.2.2 Articulação da ESF a Rede de Serviços de Saúde Municipal: uma Visão Micro da Gestão	54
6.3 PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	58
6.4 PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	80
APÊNDICE B – Termo consentimento livre e esclarecido	83
ANEXO A – Parecer comitê de ética em pesquisa	85
ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	86

1 INTRODUÇÃO

A reorientação do sistema de saúde brasileiro é um dos objetivos que compõem as propostas formuladas no movimento pela reforma sanitária brasileira, com o objetivo de conformação de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado e democrático em sua gestão, universal, equitativo e integralizado no que diz respeito à organização da oferta de serviços à população.

A reorientação do sistema de saúde proposta pelo SUS define a atenção básica como referência para a organização dos serviços e das práticas de saúde na ótica de mudança do modelo assistencial, apontando a integralidade como princípio orientador para uma nova lógica do pensar e fazer saúde (BRASIL, 1994, 1998, 2006, 2011).

No início dos anos de 1990, mais precisamente em 1994, uma das iniciativas governamentais considerada estratégia-ponte para a construção da viabilidade político-institucional, financeira e técnico-organizativa para a reorientação do SUS com base na atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual vem sendo implantado, desde então, nos municípios brasileiros com proposta de ampliação da integração e racionalidade da utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e impacto positivo sobre os indicadores de saúde da população assistida (BRASIL, 1994, 1998, 2006, 2011).

Posteriormente, em 1998, o *status* foi modificado de programa para estratégia, passando a ser considerada a principal iniciativa do Ministério da Saúde (MS) para reorientação do sistema de serviços de saúde, com caráter substitutivo das práticas tradicionais de atenção à saúde (BRASIL, 1998). Entretanto sua implantação e expansão tem sido um desafio em nível local, cujos resultados e implementação têm sido incertos.

Estudos conduzidos no âmbito da atenção básica à saúde sugerem uma variedade de situações de organização dos serviços nesse nível de atenção e implantação da ESF nos municípios brasileiros (CARDOSO, 2009; GIL, 2006; FACCHINI et al., 2006a; HEIMANN; MENDONÇA, 2005; RIGHI, 2009; SOUSA, 2007; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). A persistência de problemas históricos na organização, na estrutura física dos serviços, na continuidade da atenção nos diversos níveis do sistema, no acesso oportuno aos serviços, na suficiência e no perfil dos profissionais de saúde converge negativamente sobre a efetividade da ESF em dar resposta às necessidades de saúde da população (CONILL, 2002; FACCHINI et al., 2006a).

Muitos municípios brasileiros apresentam desigualdades internas na oferta e na utilização dos serviços ofertados pelas USF. Observa-se que, na grande parte dos municípios

de pequeno porte, a ESF expandiu-se significativamente, enquanto na maioria dos municípios com expressivo contingente populacional, sua presença ainda é pequena (RIGHI, 2009; VIANA, 2002).

Dentre os municípios com expressivo contingente populacional, ainda que seja um dos pioneiros na implantação da Reforma Sanitária no Brasil ao aderir ao Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) em 1987, incorporando como estratégia de organização dos serviços a implantação dos Distritos Sanitários (DS), Salvador apresenta grandes desigualdades internas na organização do sistema de serviços de saúde. Diversos estudos desenvolvidos no município (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007; SANTOS, 2009; CARDOSO, 2009; CRUZ, 2009; SILVA, 2010) apontam para um sistema frágil, incapaz de atender as necessidades de saúde da população.

O estudo conduzido por Cardoso (2009), ao avaliar a cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, verificou insuficiência nas ações básicas de saúde no município expressa pelas baixas coberturas dos serviços relacionada à pequena expansão da ESF. Em 2008, o município de Salvador apresentava uma cobertura de 13,5% (SALVADOR, 2008). Considerando o período de dois anos, poucas Unidades de Saúde da Família (USF) foram inauguradas no município. Hoje essa taxa alcança 15,4% da população, muito aquém da média nacional de 51,81%, e da estadual, que corresponde a 57,67% da população coberta (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011).

Aliadas à baixa expansão da ESF, importantes fragilidades no processo de mudança nas práticas profissionais e na gestão do sistema representam desafios para que esta se constitua como estratégia estruturante da organização dos serviços de saúde no sistema municipal. Num estudo sobre as repercussões da descentralização na gestão e reorganização das práticas e seus efeitos sobre a saúde da população, observou-se que os resultados aparecem ainda distantes do desejável para o sistema local, mais particularmente no que se refere à gestão e às práticas assistenciais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007).

Em relação às práticas profissionais, elas não conseguem atender adequadamente às novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde da população adscrita com foco na integralidade, na visão ampliada do processo saúde-doença, na formação de vínculos, na abordagem familiar e no trabalho em equipe. O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema diante da lógica quantitativa da produção dos serviços de saúde, flexibilização e precarização nas relações de trabalho e fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contrarreferência (GIL, 2006).

No Estudo de Linha de Base (ELB) que teve como objetivo avaliar a rede de USF com o foco na integralidade, no município de Salvador (BA), Silva (2010) sinalizou a distância identificada entre esta rede e o princípio da integralidade. Ao analisar a dimensão da organização dos serviços e das práticas por meio dos indicadores “utilização do planejamento e monitoramento na organização dos serviços e tipo de vínculos dos profissionais”, o resultado global demonstrou uma situação preocupante para toda a rede de USF do município. No estudo, a pontuação máxima possível para o DS que se aproximava da integralidade era de 25 pontos; o distrito que obteve melhor resultado, alcançando nove pontos, foi o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário; os que obtiveram pior resultado foram Cabula-Beiru e Itapagipe, com apenas um ponto.

Num outro estudo conduzido por Cardoso (2009), verificou-se que a insuficiência das ações básicas de saúde expressa nas baixas coberturas e distribuição desigual dos serviços no município de Salvador está relacionada à deficiência na oferta de recursos humanos e nos problemas da gestão de carga horária dos profissionais disponíveis diante da precarização das relações de trabalho, os quais geram diferença entre a cobertura potencial e real dos serviços básicos de saúde, conforme evidenciado também no estudo de Silva (2010).

Nesse contexto, a continuidade e a qualidade dos serviços prestados à população na ESF e a relação entre trabalhadores e o sistema de saúde são prejudicados em razão de um expressivo contingente de trabalhadores com vínculos precários, gerando condições de trabalho inseguras e vínculos trabalhistas instáveis, fragilizando os princípios da integralidade, acessibilidade, vínculo, humanização e equidade da assistência prestada pela equipe (BRASIL, 2005; FLEGELE et al., 2010).

Em relação à utilização dos instrumentos de planejamento e de monitoramento pela equipe, se constituem numa importante ferramenta de promoção de integralidade e qualidade na organização dos serviços na atenção básica. No estudo realizado por Cruz (2009) com o objetivo de analisar a utilização da Programação na Atenção Básica pelas equipes de Saúde da Família, esta pesquisadora evidenciou que a programação realizada pela equipe estava mais centrada em reproduzir o quantitativo de serviços a serem ofertados do que nas necessidades da população coberta, cujos padrões estabelecidos pelo MS eram difíceis de serem contemplados pela equipe. A programação, ainda que presente, estava marcada pelo caráter normativo.

Portanto esse cenário marcado por fragmentação e grande diversidade cria barreiras na organização dos serviços de saúde na atenção básica e na reorientação das práticas de saúde,

na perspectiva de atender as necessidades de saúde, promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e coletividade de forma integral e contínua.

A integralidade é o princípio do SUS que vem norteando a reorientação do sistema de serviços de saúde, na qual a ESF tem uma de suas principais traduções, constituindo-se como proposta de organização de serviços de saúde com abordagem nas necessidades da população e articulação da prevenção, promoção e assistência.

Por se tratar de um princípio multifacetado, este estudo toma o princípio da integralidade como atributo da organização dos serviços, como forma de apreender as necessidades da população atendida. Dessa forma,

A integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. (MATTOS, 2006, p. 61).

Segundo Franco (2004), a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho e dos serviços na atenção básica, por meio de diretrizes que valorizam o acolhimento, a vinculação da clientela à equipe e a continuidade da assistência prestada nos diferentes níveis de atenção do sistema, com responsabilização pelo cuidado e envolvimento de diversos campos de saberes e práticas, os quais se associam aos da vigilância e da programação em saúde, dos cuidados individuais e coletivos.

Entendemos que a transformação do modelo de atenção e das mudanças almejadas no sistema de saúde brasileiro tendo a integralidade como imagem-objetivo somente será possível pelas transformações dos processos de trabalho, que acontecem ao longo de toda a rede de serviços. Isso pelo fato dessa rede ser operada por sujeitos, presentes em cada um dos diferentes serviços, representados por trabalhadores, gestores e usuários, que possuem projetos e controlam recursos, que operam, portanto, na direção das mudanças almejadas no sistema. E é no encontro desses atores em relação que será possível ou não o cumprimento da dupla finalidade das organizações de saúde: a defesa da vida e a promoção de outra forma de subjetivação que permita a realização pessoal de trabalhadores e usuários de saúde (CAMPOS, 2000).

Dessa forma, torna-se importante o aprofundamento de estudos já existentes sobre a organização dos serviços de saúde na ESF nos aspectos técnico-administrativos e políticos da gestão desses serviços, entendendo que o conhecimento adquirido contribuirá para esclarecer as razões que explicam o cenário atual do município de Salvador.

A compreensão da dimensão da gestão é fundamental para a análise da organização dos serviços ofertados. Os aspectos dos arranjos técnico-administrativos e políticos da gestão definem um campo de possibilidades e de limites para a efetivação da ESF, consoante sua aproximação ou seu distanciamento do princípio da integralidade.

Assim, diante da necessidade de aprofundar os estudos existentes sobre a organização dos serviços de saúde na ESF (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007; SANTOS, 2009; CARDOSO, 2009; CRUZ, 2009; SILVA, 2010), que revelam as fragilidades do sistema de saúde municipal, incapaz de atender as necessidades de saúde da população, apresenta-se como questão norteadora: por que a organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador afasta-se do princípio da integralidade?

O objetivo deste estudo é descrever por que a organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador se distancia do princípio da integralidade.

2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE

Na evolução do SUS observa-se uma diversidade de práticas de gestão e de atenção à saúde. A construção coletiva dessa política pública é um desafio que expressa possibilidades de atenção integral por intermédio de políticas, de organização de serviços e de práticas que visam a transformação das condições de vida e saúde da população em diferentes cenários no país.

A integralidade, como um dos princípios constituintes do SUS, tem-se destacado como objeto de conhecimento no Brasil. Por ser o princípio da integralidade um dos componentes da imagem-objeto na qual se pauta a construção do SUS, é este o princípio que melhor caracteriza a relação entre o usuário e o serviço de saúde, na perspectiva de se ofertar serviços que atendam as necessidades de saúde dos usuários e promovam qualidade na assistência prestada (MATTOS, 2006).

No texto da Constituição Brasileira, que data de 1988, o direito à saúde aponta para a responsabilidade do Estado em provê-lo, mediante elaboração de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 1990). Dessa forma, o princípio da integralidade passa, no campo propositivo, a direcionar as políticas de saúde, as práticas e a organização dos serviços de saúde, aliado aos princípios de universalidade e equidade.

Mattos (2006), ao discutir a integralidade, descreve-a em três grupos de sentidos que permitem olhar as políticas específicas, a organização dos serviços e as práticas dos profissionais de saúde. O primeiro grupo de sentido refere-se às práticas dos profissionais de saúde. Ele tem origem no movimento da medicina integral, que posteriormente se associa ao movimento da medicina preventiva e da saúde coletiva, e parte da crítica à prática médica fragmentada, reducionista, especializada, atribuída aos processos de formação. Nessa dimensão, a integralidade é entendida como postura dos profissionais de saúde diante do atendimento ao paciente, devendo ser caracterizada pela abordagem para além dos aspectos biológicos, incorporando elementos no campo social e psicológico.

O segundo sentido refere-se à integralidade nas políticas específicas, que, de acordo com o autor, trata-se dos atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou a determinados grupos específicos. Essas respostas devem contemplar as dimensões

assistenciais e preventivas, além de dirigir ações assistenciais aos diversos grupos atingidos pelas mesmas (MATTOS, 2006).

O terceiro sentido refere-se à integralidade na organização dos serviços de saúde, que exigiria horizontalização dos programas verticais desenhados pelo MS, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.

No âmbito da organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade aponta para a interação de um conjunto de saberes, tecnologias, valores direcionados ao alcance das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades, de modo a promover vínculos, autonomia e qualidade de vida.

Segundo Campos (2003), para alcançar a integralidade da atenção, mudanças nas práticas de saúde são necessárias nos níveis institucionais – da organização e articulação dos serviços de saúde – e no das práticas dos profissionais de saúde. Para tanto, um dos primeiros desafios é reestruturar a forma como os estabelecimentos e organizações de saúde trabalham.

Nesse sentido, Franco e Magalhães Júnior (2003) concordam que para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, com base nos diversos níveis de complexidade, atenção básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis, incluindo a atenção hospitalar. Remete-se à garantia do acesso dos cidadãos aos diversos níveis do sistema, que devem ofertar ações de saúde no âmbito primário, secundário e terciário, que levem em conta dimensões biológica, psicológica e social.

Nesse sentido, para garantir acesso dos cidadãos aos diversos níveis do sistema, a integralidade aponta para o desafio de que somente se concretiza quando estabelecemos relação entre sujeito-sujeito nas práticas dos serviços de saúde, na organização dos serviços e sobre as políticas, desafio este apontado por Campos (2003) e assinalado por Mattos (2006). É nessa direção que este trabalho caminha: de que a integralidade enquanto modo de operar serviços e produzir ações de saúde é um processo que vai se construindo com base no diálogo entre os diferentes atores envolvidos em todas as dimensões dos níveis de atenção do sistema de saúde.

Neste estudo trabalharemos com a perspectiva de integralidade referente à organização dos serviços de saúde. Essa articulação pressupõe a relação entre os sujeitos em todos os lócus de atenção e de gestão do sistema de saúde, como possibilidade de maior horizontalização das ações nos serviços de saúde.

3 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESF: ASPECTOS LEVANTADOS POR ESTUDOS NA ÁREA

A criação do SUS, em 1988, e sua regulamentação em 1990 representaram um novo arcabouço jurídico-estrutural no campo das políticas, dos serviços e das práticas de saúde no Brasil. Este arcabouço foi influenciado pelo movimento social e democrático intitulado Reforma Sanitária. A nova estrutura de saúde proposta pelo SUS coloca a atenção básica como referência para a organização dos serviços e das práticas de saúde na ótica de mudança do modelo assistencial, apontando a integralidade como princípio orientador do sistema de serviços de saúde.

A reorganização do sistema de saúde, baseada na atenção básica, teve como principal proposta a ESF, que articula noções e conceitos advindos de inúmeras disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, pautado na organização sistêmica dos serviços, no trabalho multiprofissional, na utilização de informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e na busca pela integralidade nas práticas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação (TEIXEIRA, 2003).

A compreensão do seu caráter estratégico aponta para o desafio de recombina recursos do sistema capazes de organizar e ofertar serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde, integralidade, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2002).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde ofertados seriam estruturados tomando-se por base o reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de vínculos entre a população e os profissionais de saúde, em contato com um dado território, articulando a promoção à saúde e a prevenção ao acolhimento, tendo como limite a adscrição da população e a programação das ações desenvolvidas (HEIMAN; MENDONÇA, 2005), sensíveis o suficiente para dar relevância aos aspectos distintivos que podem caracterizar a reorientação do modelo assistencial em direção aos princípios do SUS, como acesso e resolubilidade com equidade e integralidade.

Pressupõe-se que os serviços de saúde organizam-se para superar a fragmentação dos cuidados por meio de ações de prevenção e promoção da saúde juntamente com as ações de cura e reabilitação. Entretanto, ainda que a Estratégia Saúde da Família seja a principal estratégia do MS para a reorganização do sistema de saúde com base na atenção básica e mudanças no modelo tradicional de atenção à saúde, o seu impacto ainda tem sido questionado por meio de pesquisas avaliativas, e as mudanças na reforma da atenção básica

ainda não são muito evidentes (FACCHINI et al., 2006b; IBAÑEZ et al., 2006; SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008).

Alguns estudos apontam que a estratégia apresenta melhores resultados na dimensão das práticas dos profissionais de saúde, como ficou evidenciado no estudo de Silva (2010), que ao avaliar a rede de USF do município de Salvador com foco no princípio da integralidade, a dimensão que obteve os melhores resultados foi a das práticas profissionais, principalmente no que se refere à relação profissional-serviço, na qual os resultados apontaram para o alto índice de identificação e satisfação com o trabalho que desempenham. Resultados estes também evidenciados em ELB conduzidos por Ibañez et al. (2006) e por Silva e Figueiró (2008).

No entanto é na dimensão da organização dos serviços de saúde que se traduz a integralidade no campo da produção de cuidados, na perspectiva da garantia do acesso dos cidadãos aos diversos níveis do sistema. Para Camargo Júnior et al. (2008) é exatamente aí que tem se constituído um dos maiores desafios enfrentados pela ESF, em razão, entre outras coisas, da não valorização de elementos como acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção

Nessa dimensão, o estudo conduzido por Silva (2010) descreveu que no município de Salvador as equipes da ESF estão incompletas, faltando principalmente Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médicos. Além disso, revela a escassez de recursos humanos, materiais e financeiros e de infraestrutura. Este déficit faz com que a rede de serviços das USF se distancie do princípio da Integralidade. Aspectos estes evidenciados também nos ELB desenvolvidos em outros centros urbanos conduzidos por Facchini et al. (2006a) e Silva e Figueiró (2008).

No plano político-administrativo da organização dos serviços de saúde, ainda que a ESF seja prioridade para a reorganização da atenção básica, ela ainda não se expressa na organização da atenção à saúde. Segundo Vieira-da-Silva (2008), a expansão da ESF foi rápida, passando de 2,4% dos municípios em 1996 a 85% em 2004, mesmo que tenha obtido consolidação (continuidade com cobertura maior que 70% em 2004) em apenas 28% dos municípios, representados principalmente pelos municípios de pequeno porte.

Na maioria dos grandes centros urbanos, a implementação e a consolidação da ESF é um processo diverso e complexo. A organização dos serviços básicos de saúde revela condições pouco favoráveis para o fortalecimento desse âmbito de atenção à saúde, bem como para a mudança do modelo de atenção à saúde e aproximação à integralidade (FACCHINI et al., 2006a; SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008). Nesses municípios, a atenção básica

convive com o funcionamento das USF e das Unidades Básicas de Saúde tradicionais, marcadas por baixa expansão da estratégia.

Num ELB realizado em cinco municípios com mais de 100 mil habitantes, Silva e Figueiró (2008) identificaram uma institucionalização incipiente da ESF, observando coberturas de 15% e 34,1%, com baixa adesão a propostas de promoção da saúde e de ações intersetoriais, bem como dificuldades na garantia da integração da ESF à rede de serviços nos sistemas municipais. Além do mais, a integralidade da atenção à saúde foi qualificada como incipiente e intermediária. Esta cobertura incipiente da estratégia é realidade também no município de Salvador, como já relatado neste estudo.

Além da cobertura, a organização e a integração da ESF à rede de serviços de saúde municipal é um pressuposto para a garantia da integralidade da atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema. O sistema de saúde deve estar organizado de forma a assegurar a mobilidade do usuário no sistema de saúde e garantir a integralidade nas ações, numa rede de serviços que proporcione articulação interinstitucional, racionalização dos recursos e organização do sistema de saúde, tendo a atenção básica como a porta de entrada do usuário no sistema.

As ações de saúde não se esgotam na atenção básica, dado que esse âmbito de atenção não garantirá resolutividade a todas as necessidades de saúde da população, mas é nesse espaço que se deverá conhecer e tomar as providências necessárias para que as ações de saúde à população sejam garantidas na sua totalidade.

Quanto à dimensão da gestão na organização dos serviços e das práticas de saúde na produção de cuidados na ESF, Silva (2010) evidenciou que uma pequena taxa de profissionais e gestores utiliza o planejamento e o monitoramento como ferramentas no seu cotidiano (66,7% e 69,2%, respectivamente).

O estudo de Silva (2010) avaliou ainda a existência de algum projeto ou ação elaborado pela equipe levando em consideração os problemas de saúde mais comuns da população da área de abrangência. A maioria dos profissionais (61,5%) negou iniciativas de qualquer natureza nessa direção e 38,5% afirmaram que há alguma atividade/projeto em andamento, centrado em ações programáticas que já fazem parte do elenco mínimo de ações na atenção à Saúde da Família.

Já os estudos de Silva e Figueiró (2008) e de Cruz (2009) revelaram que na programação e no planejamento local, quando presentes, o processo era centralizado e as estratégias de institucionalização do planejamento, da avaliação e monitoramento das ações de saúde eram incipientes. Soma-se, nesse contexto, a carência de informações qualificadas

para subsidiar a tomada de decisão e institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação na atenção básica. As informações de saúde fornecidas pelos sistemas de base nacional para a atenção básica são consideradas fragmentadas, desatualizadas e de baixa qualidade (FACCHINI et al., 2006b).

Outro aspecto apontado por estudos da atenção básica, no campo da organização dos serviços de saúde, refere-se à contradição entre o princípio da efetivação dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população e a gestão do trabalho em saúde, marcada pela precarização das relações de trabalho na ESF (FACCHINI et al., 2006a; SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008).

No setor saúde, as experiências ao longo dos anos tem revelado a formatação de um novo desenho de mercado de trabalho no SUS, centrado na contenção de gastos, congelamento e redução dos salários, desregulação das relações de trabalho por meio da flexibilização na contratação de pessoal, principalmente nas iniciativas referentes à expansão da ESF e do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), constituindo-se num desafio ao processo de construção da política de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2005; GIRARDI, 1999).

A precarização das relações de trabalho gera impacto negativo na eficiência e na eficácia dos serviços de saúde prestados à população, promovendo vulnerabilidade e incertezas do vínculo, interferindo na qualidade e na continuidade da assistência.

Em relação à temática de Recursos Humanos em Saúde (RHS) na Atenção Básica do município de Salvador, percebe-se problemas marcados por precarização das relações de trabalho, envolvendo flexibilização nas condições de remuneração adotada, vínculos irregulares, ausência de uma política de RHS que atenda às necessidades do SUS no âmbito local (SILVA, 2010), gerando descompromisso e comprometendo a efetivação dos princípios estruturais e ideológicos voltados para o acolhimento, estabelecimento de vínculos, responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção e consumo de serviços de saúde.

Dessa forma, o cenário da organização dos serviços de saúde na ESF expressa uma grande distância entre o real e a imagem-objetivo pela qual o sistema deve se pautar, focada no princípio da integralidade. Isso indica um longo caminho a ser percorrido na organização dos serviços e das práticas de saúde na perspectiva da reorganização do sistema de saúde com base na atenção básica e mudança do modelo de atenção que atenda às necessidades apresentadas, na busca por melhores condições de vida e de saúde para a população brasileira.

4 UMA VISÃO GERAL DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A atenção básica do município de Salvador compõe um cenário fragmentado e de grande diversidade, aliado às barreiras enfrentadas pelos municípios brasileiros com grande contingente populacional para organizar a sua rede de serviços, de modo a aproximar-se dos princípios doutrinantes do SUS e da garantia do direito à saúde.

A implantação do PACS/PSF no município de Salvador deu-se num contexto político do processo de descentralização, com o início de uma nova administração municipal (gestão 1997/2004) e com uma conjuntura política favorável, marcada por apoio do governo estadual e federal e maioria na Câmara Municipal (SANTOS, 2009).

Nesse período, a gestão municipal seguiu com características e tendências à privatização. No âmbito estadual, a crise política e financeira, associada ao discurso de tornar o Estado mais ágil, principalmente na área social, agregando maior qualidade aos serviços e redução de custos, constituiu os pilares para a adoção de uma política de terceirização como ferramenta de gestão do sistema público de saúde, pautada pela desqualificação do sistema e pela desvalorização da política de recursos humanos para o SUS.

Assim, na Bahia, a Reforma do Aparelho do Estado estabelece novas relações entre o público e o privado, por meio da criação do Programa de Incentivo às Organizações Sociais (Lei n. 8.647, de 29 de julho de 2003), tendo como foco as organizações hospitalares do estado (BAHIA, 2003).

No caso do município de Salvador, o processo de terceirização, diferente do que ocorreu no plano estadual, esteve focado no setor da atenção básica, particularmente na gestão de UBS e na contratação de profissionais de saúde, até por que o município não gerencia serviços hospitalares.

A implantação das primeiras equipes de PACS ocorreu no ano de 1998, sob a supervisão da coordenação dos DS. O processo de implantação não apresentava propostas claras relativas ao funcionamento do programa, mapeamento e acessibilidade geográfica, nem recursos humanos necessários, e deu-se de modo centralizado, sem envolvimento dos diversos atores interessados (SILVA JÚNIOR et al., 2010).

Num estudo sobre a acessibilidade geográfica à atenção básica à saúde nos distritos sanitários do município de Salvador, Silva Júnior et al. (2010) relatam que os critérios de conformação das áreas de atuação das equipes do PACS não foram claros, e o processo de territorialização seguiu a lógica do cadastramento de áreas consideradas como carentes e com

maior risco social e epidemiológico, sem, no entanto, se preocupar com os princípios que deveriam nortear a conformação das microáreas. O resultado dessa forma de implantação foi à configuração de uma territorialização incipiente. As microáreas não eram contíguas, as equipes tinham áreas extensas e fragmentadas, e muito dos ACS nem ao menos residiam na sua área de atuação.

Em 2004, as primeiras equipes de PSF foram implantadas seguindo a lógica de áreas de risco e subsidiadas por uma análise da situação de saúde. As novas equipes fizeram um mapeamento da área, buscando corrigir as distorções do desenho original da territorialização, entretanto sem avanços, mesmo com todos os esforços e iniciativas para reverter o processo.

A implantação da ESF no município obedeceu ainda à proporção de quatro equipes em média para cada USF, as quais, com base em critérios de territorialização, determinaram a área de abrangência da Unidade de Saúde e o cadastramento das pessoas e famílias adscritas nas áreas.

Esse modelo de implantação levou a uma concentração populacional muito grande para cada USF e distribuição desigual na área, com distorções geográficas significativas que, aliada à heterogeneidade no mapeamento efetivado sem levar em consideração as diferentes realidades dos distritos sanitários, geraram dificuldades no acesso aos serviços ofertados pelas equipes.

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a organização dos distritos segundo número de habitantes é desigual, variando de 68.598 habitantes no DS Centro Histórico, até 355.474 no DS de Pau da Lima. Observa-se também que há distritos que possuem mais serviços de média e alta complexidade que UBS, contrariando a lógica da reforma do modelo assistencial, como é o caso do DS da Liberdade (SALVADOR, 2010).

Esses serviços de média complexidade na rede municipal encontram-se em grande parte terceirizados. Em razão disto, observa-se que o maior aporte de recursos financeiros é destinado para a compra de serviços de média e alta complexidade do setor privado, com baixa cobertura e resolutividade de serviços de atenção básica no modelo de ESF. Além disso, percebe-se a inexistência de critérios técnicos, políticos, demográficos e epidemiológicos para a distribuição espacial da rede de serviços, o que contribui para gerar mais fragilidades na gestão e na organização dos serviços de saúde no município de Salvador (SALVADOR, 2010).

A integração da atenção básica à rede de serviços de saúde local enfrenta problemas na garantia da continuidade da atenção dispensada aos usuários que demandam por serviços de

outros níveis de complexidade para o atendimento das suas necessidades, conforme sinalizados pelos Planos Municipais de Saúde (2006-2009, 2010-1023) (SALVADOR, 2006, 2010). As fragilidades na rede de serviços de saúde criam um descompasso na efetivação do princípio da integralidade e na garantia do direito a saúde da população, que demanda cuidados.

Aliado a esse contexto, a expansão da ESF no município de Salvador é incipiente, apresentando a pior cobertura de equipes de Saúde da Família entre as capitais brasileiras. Mesmo com a implantação de novas unidades de saúde nos últimos anos, a cobertura de apenas 15,4% da ESF (SALVADOR, 2010), por ser incipiente, não é capaz de promover mudanças na reorganização dos serviços e das práticas de saúde, de acordo com os documentos ministeriais, nem tampouco suficientes para competir com o modelo médico-assistencial hegemônico.

Diante desses dados, pode-se inferir que a ESF, no município de Salvador, apresenta uma baixa cobertura populacional, o que classifica a assistência praticada, segundo Mendes (2002), como incipiente, com baixa institucionalização e, conseqüentemente, pouco impacto na mudança do modelo assistencial e na reorganização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da atenção básica.

Nesse contexto, identifica-se, no município de Salvador, a convivência entre distintos modelos de organização de serviços básicos de saúde, sendo um baseado na ESF e o outro por meio das UBS tradicionais, o que gera barreira para a mudança do modelo de atenção à saúde ou mesmo a incompreensão do seu significado.

A baixa cobertura, associada à falta de profissionais médicos nas unidades de saúde, interfere negativamente no acesso da população aos serviços básicos de saúde. Em relação às consultas médicas nas especialidades básicas, as 104 unidades de saúde da rede própria municipal reúnem condições de produzir 1.886.644 consultas, 48% do total pactuado na Programação Pactuada Integrada/2009. No entanto, mesmo com a complementação desses serviços por meio da rede contratada, a oferta foi insuficiente para atender à população em consultas médicas básicas, cobrindo apenas 66,28% da meta pactuada para 2009, ficando notória a necessidade de ampliação da atenção básica, em especial da ESF (SALVADOR, 2010).

Diante dessa configuração, é possível afirmar que é baixa a capacidade de atendimento às necessidades dos usuários e o seu acesso à porta de entrada do sistema de saúde, pautada na continuidade da assistência e na percepção do território como processo dinâmico de relações e de expressão do processo saúde-doença.

Outro aspecto negativo associado à ESF do município refere-se ao vínculo de trabalho precário. Para operacionalização do PACS/PSF, a SMS firmou contrato com algumas empresas privadas, delegando a elas a responsabilidade de gerenciar algumas unidades de saúde, bem como realizar contratação de pessoal, muitas vezes de modo ilegal, precarizando as relações de trabalho, comprometendo a continuidade e a qualidade da assistência prestada (SILVA, 2010).

Nos Planos Municipais de Saúde (PMS – 2010-2013 e PMS – 2006-2009) da SMS, em relação aos problemas dos serviços de saúde, a precarização do trabalho em saúde foi apontada tanto no âmbito da infraestrutura, com a falta de médicos nas UBS, insuficiência quantitativa e qualitativa do quadro de servidores e gerentes das unidades de saúde, quanto no âmbito da gestão, com ausência de uma política de educação permanente, precarização dos vínculos de trabalho em saúde, precárias condições de trabalho e remuneração para os trabalhadores de saúde (SALVADOR, 2006, 2010).

As fragilidades na política de RHS, que dificultam o atendimento às necessidades do SUS no âmbito local, comprometem a efetivação dos princípios estruturais e ideológicos do SUS voltados para o acolhimento, estabelecimento de vínculos, responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários nos serviços de saúde.

O PMS 2010-2013 reafirma esses problemas enfrentados pelo município para o fortalecimento da atenção básica e da rede de serviços de saúde municipal. Como principais problemas do sistema de saúde no componente modelo de atenção, o plano cita: baixa resolutividade da atenção básica; a ineficiência do modelo de atenção vigente, que não contempla a integralidade do cuidado e acolhimento do usuário; a inexistência de protocolos assistenciais; insuficiência da política de promoção e prevenção em saúde; privatização e terceirização dos serviços de saúde; inexistência de uma rede de ações e serviços articulada e resolutiva para atender as necessidades da ESF; e oferta de serviços desvinculada do perfil epidemiológico da população (SALVADOR, 2010).

Esse contexto revela um cenário fragmentado na estruturação da rede de serviços de saúde do município de Salvador, prejudicando a continuidade da atenção e a qualidade dos serviços de saúde ofertados à maioria da população.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa sobre o porquê da organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador se afastar do princípio da integralidade.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), os estudos de abordagem qualitativa permitem analisar aspectos mais profundos do objeto a ser estudado, numa compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados.

Quanto ao estudo descritivo, Polit e Hungler (2004) destacam que possui como principal objetivo identificar o retrato preciso das características dos indivíduos, situações ou grupos. Esse tipo de estudo exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, de forma que seus resultados possam ser descritos com exatidão, considerando o fato ou fenômeno de determinada realidade.

5.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Salvador, que ocupa uma extensão territorial de 707 km². Do ponto de vista regional, integram a Região Metropolitana de Salvador os municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz. Segundo estimativas do IBGE, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), a população residente no município de Salvador é de 2.675.875 habitantes, sendo 99.95% composta pela população urbana.

O município de Salvador, no ano de 2005, apresentou um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 1.03%, sendo considerada a 9ª cidade mais rica do país, e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.805 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), valor superior à média da Bahia (0.688) e à média nacional (0.736). Entretanto, o município é marcado por grandes desigualdades socioeconômicas e de distribuição de bens e serviços de saúde (SALVADOR, 2010).

A rede de atenção básica municipal está organizada em 12 DS, nos quais estão distribuídos 48 UBS, oito equipes do PACS registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e 56 USF, com média de quatro equipes por unidade (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011).

Há 154 equipes de Saúde da Família, 154 Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I e não existe ESB na modalidade II em razão da inadequação na dimensão dos consultórios odontológicos. Há seis equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1) e 1.612 ACS, com 1.589 cadastrados no CNES (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011).

O município de Salvador passou para a modalidade Gestão Plena da Atenção Básica em 2002. No ano de 2006, habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS) e, em 2007, assinou o Pacto pela Saúde, assumindo, assim, responsabilidades sanitárias que adentram o campo da atenção especializada e hospitalar, colocando ainda como diretriz o fortalecimento da atenção básica, tendo como prioridade a ESF (SALVADOR, 2010).

O PMS 2010-2013 destaca a consolidação do PSF como estratégia para apoiar a mudança na organização da atenção básica de saúde no município e reorientação do modelo de atenção, apontando o aperfeiçoamento da organização espacial da distribuição da rede de saúde e a otimização da rede de referência, como prioridade para a reorganização dos serviços de saúde (SALVADOR, 2010).

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para um aprofundamento empírico que propõe analisar por que a organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador se afasta da integralidade, sujeitos foram ouvidos para obtenção de uma visão mais global e nítida do objeto estudado.

Os informantes selecionados para a participação neste estudo foram definidos com critérios de seleção intencional, considerando indivíduos que participavam direta ou indiretamente do processo de organização dos serviços de saúde na atenção básica do município de Salvador, em especial, na ESF, conforme relação abaixo:

- a) um representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de Salvador;
- b) um representante do Legislativo da Câmara Municipal de Salvador.
- c) um representante da Coordenação de Atenção e Promoção em Saúde (COAPS);
- d) um representante da Coordenação da Atenção Básica do município de Salvador;
- e) um gerente de um DS do município de Salvador;

- f) um representante dos supervisores estratégicos da atenção básica do município de Salvador.

O representante de que trata o item “a” refere-se a um conselheiro que apresentasse maior engajamento e comprometimento com o controle social no CMS, segundo seus pares. O representante de que trata o item “b” refere-se a um legislador que fosse membro da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores. Os representantes dos itens “c” e “d” referem-se a um membro da COAPS e outro da Coordenação da Atenção Básica com agenda disponível e que concordassem em participar do estudo. Por fim, os representantes de que tratam os itens “e” e “f” referem-se aos DS que obtiveram melhor desempenho no estudo conduzido por Silva (2010), sobre a *Avaliação da rede de Unidades de Saúde da Família do município de Salvador com foco na integralidade*.

No Quadro 1 é apresentada a distribuição dos entrevistados, segundo sexo, escolaridade e formação, tempo de formado, tempo de atuação, experiência em saúde pública e escolha para o cargo.

Quadro 1 – Distribuição dos entrevistados segundo sexo, escolaridade e formação, tempo de formado, tempo de atuação, experiência de saúde pública e escolha para o cargo

Nº	Sexo		Escolaridade/ Formação		Tempo formado (anos)	Tempo atuação (anos) (1)	Experiência na Saúde Pública (2)	Especialização		Escolha para o cargo
	M	F	Sup	Médio				Concluído	Não tem	
1		x	Enf.		26	08	Sim	Sim		Voto popular
2		x	Enf.		40	23	Sim	Sim		Indicação política
3		x	Enf.		13	03	Não	Sim		Indicação política
4	x			Sem formação espec.		08	Não		x	Voto
5		x	Nut.		28	17	Sim	Sim		Indicação política
6		x	Enf.		30	20	Sim	Sim		Indicação política

Fonte: Elaborado pelo autor deste trabalho.

(1) Refere-se ao tempo de atuação na gestão serviços saúde, no controle social e no legislativo.

(2) Refere-se à existência de especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

De acordo com o Quadro 1, observa-se que a maioria dos entrevistados possui especialização em Saúde Pública e atua na gestão dos serviços de saúde desde a implantação da ESF no município de Salvador.

5.3 COLETA DE DADOS

Este estudo utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Para Cruz Neto (1994) a entrevista é o procedimento mais comumente utilizado na pesquisa de campo, e tem por finalidade a obtenção de informações de atores sociais, sujeitos da pesquisa. Por meio da entrevista, que pode ser individual ou coletiva, podemos obter dados objetivos ou subjetivos; estes últimos referem-se aos valores, atitudes, opiniões dos entrevistados.

Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada é aquela que,

[...] parte de certos questionamentos básicos, que oferecem um amplo campo interrogativo que vão surgindo na medida em que se recebem as respostas dos informantes. [...] o informante, seguindo a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Com o objetivo de compreender por que a organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador se afasta do princípio da integralidade, este estudo abordou os aspectos administrativos e políticos da gestão da organização dos serviços de saúde na ESF. Para tanto, as entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro que contém uma questão de aproximação e cinco questões específicas sobre a temática abordada (APÊNDICE A), pretendendo extrair depoimentos, visões e opiniões dos participantes. As questões específicas foram elaboradas com base no referencial bibliográfico utilizado no levantamento teórico deste estudo.

Entretanto, caso o entrevistado contemplasse as questões específicas durante o relato da questão de aproximação, estas seriam automaticamente desconsideradas.

Para a coleta de dados, além das entrevistas direcionadas aos participantes-chave, dados secundários foram também considerados, obtidos por meio de documentos técnicos que configuram informações referentes à dimensão organizacional e da gestão dos serviços de saúde no âmbito municipal: PMS (2006-2009), PMS (2010-2013) e o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Salvador (PDDU), vigente até o ano de 2015, e as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de 2000 a 2005.

A pesquisa de campo foi efetivada no próprio local de trabalho dos entrevistados, cuja coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2011. Inicialmente foi agendada uma primeira aproximação com o entrevistado para a apresentação e discussão do

projeto de pesquisa e, posteriormente, um novo momento foi agendado para a realização da entrevista, que foi gravada após consentimento do entrevistado. Esse processo demandou certo tempo, diante da disponibilidade de agenda dos entrevistados.

As entrevistas com os atores envolvidos com a gestão da atenção básica, com o controle social e com o Legislativo enriqueceram a análise sobre por que a organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador se afasta da integralidade. Os documentos elaborados pelo município permitiram comparar o que foi proposto no projeto de governo com o que na prática vinha sendo realizado pela gestão, partindo do confronto com as informações relatadas pelos entrevistados.

Entretanto, as atas do Conselho Municipal de Saúde não ofereceram muitos subsídios diretos para responder à pergunta da pesquisa, em razão delas se aterem principalmente a questões pontuais de aprovação ou não de projetos e políticas específicas no âmbito local. Na análise temporal desses documentos, o Conselho Municipal de Saúde passava por um período conturbado da gestão, com redução de representações dos membros paritários, problemas de aprovação de contas, dentre outros, que geraram importantes repercussões na mídia. No entanto, as atas ofereceram pistas para entender que a ESF não tem se constituído em uma prioridade pela gestão municipal, como será visto na análise das categorias.

Na fase da coleta de dados verificou-se um importante envolvimento e grande colaboração dos informantes. Os entrevistados viam na pesquisa a possibilidade de por em discussão aquilo que estavam fazendo, especialmente as barreiras enfrentadas pela gestão na organização dos serviços de saúde da ESF do município.

5.4 PLANO DE ANÁLISE

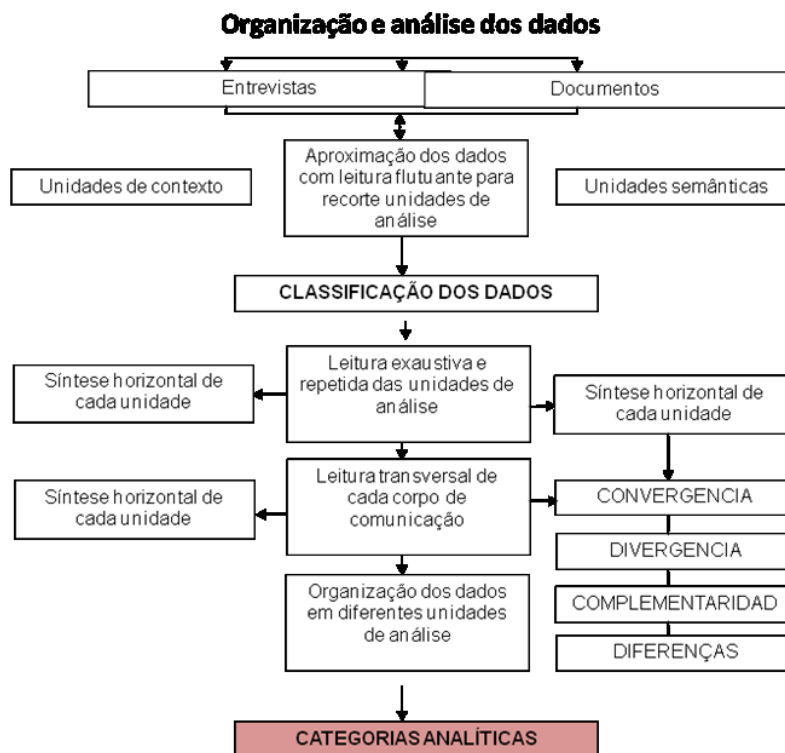
Para tratamento do material empírico oriundo das entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo, sendo o material cotejado com o material procedente da análise documental e do suporte teórico desta investigação, buscando a articulação deste conjunto de dados de modo a analisá-lo, abrangendo a compreensão do foco em estudo.

Bardin (2004, p. 37) define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a obtenção de indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Os dados das entrevistas foram inicialmente transcritos na íntegra; em seguida, sistematizados e organizados para a composição do *corpus* da pesquisa. Neste estudo, foram estabelecidos dois tipos de unidades: unidade de contexto, o parágrafo; e unidade de análise ou unidade de registro, a palavra, a frase ou tema. O plano de análise foi constituído de acordo com a Figura 1.

Figura 1 – Plano de análise do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor deste trabalho com base nas orientações de Bardin (2004) para a análise de conteúdo.

Na pré-análise, realizamos leitura flutuante do conjunto do material obtido nas entrevistas, constituímos o *corpus* de forma que a organização do material contemplasse as normas de validade: exaustividade (em relação aos aspectos levantados no roteiro), representatividade (universo pretendido), homogeneidade (obediência a critérios para escolha do tema) e pertinência (documentos adequados ao objeto do trabalho). E, de acordo com o objetivo e questão do estudo, definimos unidades de análise (unidade de contexto e de registro), categorização e conceitos que orientaram a análise.

Na fase da exploração do material, procedemos a sua codificação conforme trabalho empreendido na primeira fase. Por fim, buscamos desvendar o conteúdo subjacente aos depoimentos, realizando interpretação com base no quadro teórico e em outras contribuições

teóricas sugeridas pela leitura do material, buscando explorar na síntese horizontal elementos como: convergência, divergência, complementaridade e diferenças, com opção pela exploração de parágrafos relacionados à organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador e ao por que do afastamento do princípio da integralidade, contidos nas unidades de contexto, obedecendo ao critério de recorte semântico, que corresponde à unidade de contexto e de registro.

As fontes documentais foram analisadas com base na leitura e destaque dos trechos que fizessem referência ao objeto do estudo.

No processo de articulação e rearticulação dos núcleos de sentido foram definidos dois temas principais, que por sua vez, para fins de sistematização e apresentação, foram organizados em subtemas que mantêm íntima relação. É nesses dois temas que se encontram a cerne deste estudo, na perspectiva de compreender por que a organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador se afasta do princípio da integralidade, os quais enfocam a gênese da estratégia e esclarecem os equívocos históricos do processo de implantação e implementação desta no município:

- a) posições técnico-políticas e correlações de forças entre os atores sociais na organização dos serviços básicos de saúde do município de Salvador;
- b) articulação da ESF com a rede de serviços de saúde municipal:
 - Articulação da ESF com a rede de serviços de saúde municipal: uma visão macro da gestão,
 - Articulação da ESF com a rede de serviços de saúde municipal: uma visão micro da gestão.

Entretanto este trabalho apresenta mais dois outros temas, que na opinião dos entrevistados também explicam o porquê da organização dos serviços de saúde da ESF no município de Salvador se afastar do princípio da integralidade:

- c) planejamento em saúde como instrumento de organização dos serviços na ESF;
- d) precarização das relações de trabalho na organização dos serviços de saúde da ESF.

A primeira categoria temática foi determinada pelos vocábulos *prioridade*, *descontinuidade* e *pulverização*. Do vocábulo *pulverização* emergiram mais três vocábulos: *complexidade intraurbana*, *pressões sociais* e *pressões político-partidárias*. Para os entrevistados, esses elementos envolvem correlações de forças na organização dos serviços de saúde da atenção básica municipal orientada pela ESF e têm interferido na implementação e expansão da estratégia no município e na efetivação do princípio da integralidade. Estes

elementos constituem, portanto, obstáculos à organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador com foco no princípio da integralidade, dando sustentação e expansão aos significados dessa categoria.

Na segunda categoria, os vocábulos se polarizam nas dimensões abordadas em duas subcategorias: a dimensão macro da articulação da ESF à rede de serviços de saúde municipal, constituída dos vocábulos *projeto de governo*, *descontinuidade* e *capacidade político-administrativa*; já a dimensão micro é constituída pelos vocábulos *estrutura organizacional* e *condução político-administrativa do sistema*, em particular das unidades básicas de saúde. Os sentidos desses elementos apontados pelos entrevistados criam um descompasso na dimensão organizacional quanto à estruturação da rede de serviços de saúde capaz de assegurar a mobilidade do usuário no sistema e a integralidade na atenção à saúde, constituindo-se em desafios atuais postos à gestão municipal, sobretudo na organização dos serviços básicos de saúde do município.

Na terceira categoria, planejamento, monitoramento e avaliação como instrumentos de organização dos serviços de saúde na ESF, emergem vocábulos como: *plano de trabalho*, *continuidade*, *verticalizado*, *quantitativo*, *centralizado* e *participação popular*. Os sentidos desses elementos apresentados no conteúdo das falas divergem dos princípios e diretrizes propostos pela estratégia, uma vez que a organização dos serviços de saúde com base na ESF, direcionados para a população adscrita, deveria levar em conta o contexto em que as pessoas vivem a realidade epidemiológica, socioeconômica e cultural, planejada e articulada com a participação da própria população (TEIXEIRA, 2001; COELHO, 2010; BRASIL, 2001, 2006).

Outros vocábulos emergem nos conteúdos das falas dos entrevistados ao justificarem o abandono progressivo da programação local por parte das equipes como instrumento orientador da organização de serviços de saúde direcionados à população adscrita: *condições de trabalho* e *precarização dos vínculos*.

E, por fim, a quarta categoria apresenta, de um lado, vocábulos centrais como *terceirização* e *vínculos precários* como obstáculos para a organização dos serviços de saúde na ESF com foco na integralidade, e, de outro, vocábulos periféricos como *desânimo*, *desmotivação*, *compromisso*, *interrupções* e *qualidade da assistência*, conseqüentes à precarização dos vínculos dos trabalhadores na estratégia.

Essa categoria mostra que a descontinuidade da atenção proveniente da política de terceirização, flexibilização e precarização do trabalho na saúde cria condições desfavoráveis para qualquer tentativa de organização de serviços e práticas de saúde que propõem efetivação

de vínculos e acolhimento de clientela. Esse cenário reflete na qualidade dos serviços prestados à população diante da desmotivação e descompromisso por parte dos profissionais.

5.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto desta dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), obedecendo ao que preconiza a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. Aprovado pelo parecer 28/2011, em 26.06.2001 (ANEXO A).

Os participantes foram previamente orientados quanto aos objetivos e relevância da pesquisa, à liberdade de participar ou não do estudo e à possibilidade de retirar sua participação a qualquer tempo, sem prejuízo pessoal e/ou organizacional. Foi solicitada sua anuência, com o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Todos os participantes foram informados de que as entrevistas seriam gravadas e, em seguida, transcritas. Após a entrevista, o participante pôde solicitar o material gravado para ouvir e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação foi arquivado pelos pesquisadores e será guardado por um período de cinco anos, ficando à disposição do participante no grupo de pesquisa Gerir da Escola de Enfermagem da UFBA.

A pesquisa garante o sigilo de todas as informações fornecidas: os sujeitos do estudo não tiveram suas identidades reveladas. Por isso foram utilizados números arábicos para sua identificação: Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3, Entrevistado 4, Entrevistado 5 e Entrevistado 6.

Foi contemplado o aspecto ético contido no decreto nº 93.933, outorgado pelo Conselho Nacional de Saúde em 14 de janeiro de 1997, embasado na Resolução 196/96, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção tem por finalidade apresentar e discutir os resultados obtidos com a análise das entrevistas e dos documentos selecionados para a pesquisa, visando descrever para promover a compreensão do por que da organização dos serviços na ESF do município de Salvador se distanciar do princípio da integralidade. Para tanto serão apresentadas e discutidas as categorias construídas para a análise das informações coletadas.

6.1 POSIÇÕES TÉCNICO-POLÍTICAS E CORRELAÇÕES DE FORÇAS ENTRE OS ATORES SOCIAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A reestruturação da atenção básica orientada pela ESF tem sido pautada pelos esforços dos gestores municipais, profissionais de saúde, usuários e pelos incentivos do MS na perspectiva do redirecionamento de novas formas de organização dos serviços e das práticas de saúde empreendidas pelos princípios da integralidade, da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, na resolutividade, na intersetorialidade e na participação social.

Todavia a institucionalização desse processo tem-se dado de diferentes formas, em virtude da complexidade socioeconômica, epidemiológica, técnico-política e estrutural dos serviços de saúde dos municípios brasileiros (BODSTEIN, 2002; MENDES, 2002; HEIMANN; MENDONÇA, 2005; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Neste estudo, de acordo com as informações obtidas por meio das entrevistas, observa-se que a implementação e a expansão da ESF no município de Salvador se dão por processos complexos que envolvem correlação de forças entre os atores sociais na organização dos serviços de saúde da atenção básica municipal, e que têm interferido na efetivação do princípio da integralidade.

Nessa categoria, buscou-se registrar o contexto político-administrativo específico da ESF por meio da descrição da situação existente no que se refere às políticas de reorganização dos serviços e das formas como tem-se dado no município as questões operacionais para a implementação e expansão da estratégia, situando a posição desses atores sociais no contexto analisado.

Chama atenção a grande heterogeneidade dos elementos político-administrativos que se organizam em torno da implementação e expansão da ESF no município e na organização dos serviços básicos de saúde, polarizando-se, segundo os entrevistados, em três

componentes: prioridade da gestão, descontinuidade político-administrativa e pulverização da estratégia no município.

No contexto municipal, os processos de construção do SUS e suas políticas são marcados por descontinuidade, acertos e desacertos em relação a suas diretrizes. Ainda que exista um movimento do MS para incentivar os municípios a reestruturar a atenção básica com foco na ESF como estratégia reorientadora do sistema de serviços de saúde, este por si só não tem sido suficiente para direcionar tal reestruturação no município.

Assim sendo, a reestruturação da atenção básica orientada pela ESF pressupõe um processo de apropriação pelos gestores municipais de modo a inserir no seu cotidiano de trabalho o reconhecimento da estratégia na agenda de prioridade da gestão. Nesse aspecto, o município de Salvador foi uma das últimas cidades do país a implantar a ESF. Isto ocorreu, segundo os entrevistados, principalmente pelo fato da estratégia não ser prioridade política da gestão municipal, diante dos interesses conservadores que aglutinam representantes do setor privado na saúde.

A gente teve um retrocesso muito grande com a política no estado da Bahia, [...] do modelo médico clínico, médico privativo, privatista, que enfraquece a implantação do Sistema Único de Saúde e da ESF aqui na Bahia [...] Digamos que o SUS não para porque é uma política nacional, mas aqui fica andando a passos muito lentos, não há priorização das políticas, da implantação do SUS e da ESF, de acordo com a divisão de você ter políticas de saúde pública que considerem a integralidade, que considerem a promoção da saúde, modelo de atenção à saúde voltada mais para a saúde da coletividade. (ENTREVISTADO 3).

Mesmo numa situação adversa você tem um gestor que diz: 'nós vamos', e você percebe preocupação com as coisas. Não é o caso! Cada secretário que entra tem suas prioridades, seus interesses e, em geral, a maioria deles é ligado ao setor privado. Tivemos [secretário] que priorizou as filantrópicas e [secretário] que já entrou comparando a situação do setor privado lucrativo com relação ao setor filantrópico, querendo inverter, porque o outro está bem contemplado do ponto de vista de recursos. Então é essa a preocupação principal do gestor, não é com o PSF, nem com a integralidade! (ENTREVISTADO 6).

Não. Eu acho que não [refere-se à ESF ser ou não prioridade da gestão]. Nós temos [...] Talvez no início [refere-se à gestão do período de 2009 a 2012], mas nos dois primeiros anos até se começou, se tentou, mas ele [o secretário] também estava pegando um município que vinha de um processo muito, muito incipiente de implantação do SUS e da ESF. Então a preocupação de estabelecer diagnóstico, de tentar ampliar [...]. Ampliou a Saúde da Família no início, a atenção básica, mas não houve sustentação no projeto dele. (ENTREVISTADO 1).

Embora no discurso da Saúde da Família, atenção básica, mas na prática, no financiamento, na priorização, você vai ver que [...], filantrópica, contratos com filantrópica. Então, não é a atenção básica a orientadora do modelo de atenção. E agora, no momento, também não é, também não é! (ENTREVISTADO 5).

É, de um modo geral a gente sabe que é preciso que Saúde da Família seja prioridade de gestão, prioridade de governo pra que aconteça. Mas não é. (ENTREVISTADO 4).

As falas dos entrevistados revelam uma contradição no que se refere ao que está previsto nos documentos de gestão, como o PDDU e o PMS. Quando se analisa estes instrumentos, observa-se que Saúde da Família é a estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde do município, entretanto, quando se ouve a gestão, o discurso é totalmente contrário, como ficou registrado nas falas acima.

O PDDU e o PMS reconhecem a ESF como componente orgânico ao modelo de atenção à saúde, além de valorizar propostas alternativas como acolhimento, oferta organizada, ações programáticas de saúde que assegurem condições para sustentação da vida e bem-estar da população.

No Capítulo 3, o PDDU reconhece a

Saúde como um direito social e universal, derivado do exercício pleno da cidadania, de relevância pública, organizada institucionalmente em serviços cujas ações, orientadas pelo Plano Municipal de Saúde, evitem e/ou reduzam danos à saúde, assegurando condições para a sustentação da vida humana e bem-estar da população. (SALVADOR, 2008, p. 59).

E no capítulo das diretrizes, inciso IV, o PDDU afirma como diretriz: “A consolidação do processo de implementação do Programa de Saúde da Família.” (SALVADOR, 2008, p. 59).

O PMS 2006-2009 e o PMS 2010-2013 reafirmam a expansão e consolidação do modelo de atenção em saúde que preconize a atenção básica como porta de entrada do sistema de serviços de saúde do município, tendo como estratégia orientadora a Saúde da Família, no desenvolvimento de ações integrais (SALVADOR, 2006, 2010).

Todavia, na arena política, os interesses privados constituem-se uma força contrária à lógica proposta como reorientadora do sistema de serviços de saúde local. O PMS 2010-2013 reafirma a necessidade de implementação de novos serviços e fortalecimento da atenção básica, buscando inverter a lógica privatizante da assistência, incentivando a participação popular (SALVADOR, 2010).

A imagem-objeto do sistema municipal de saúde fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, apresentada no plano 2010-2013, imprime uma direcionalidade para a implementação das propostas de mudanças em busca da inversão do modelo médico-assistencial, que até então impera como modelo hegemônico no município.

No entanto percebe-se no conteúdo das falas dos entrevistados e na análise dos documentos de gestão que quanto à ESF há uma distância entre o discurso e o que é priorizado na agenda política do gestor. Não se pode deixar de afirmar que os elementos jurídicos e administrativos como normas, portarias e documentos técnicos expedidos pelas esferas de governo, que afirmam os compromissos a serem cumpridos nas políticas de saúde, estabelecem compromissos com a decisão de implantar e expandir a ESF nos municípios brasileiros e configuraram o quadro normativo em que se move a estratégia, conforme evidenciado em uma das falas.

Hoje, com a portaria, a nova portaria da atenção básica, que já determina mesmo que só se implantem Unidades de Saúde da Família que cubram 100% da população. Isso facilitou bastante para a gente negociar junto ao gestor. (ENTREVISTADO 4).

Essa valorização dada pelo Ministério da Saúde à ESF leva-nos a refletir, por um lado, sobre o grau de valorização dada à ESF pelos gestores da saúde, e, por outro lado, sobre as pressões enfrentadas pela estratégia diante dos interesses privados representados pelo modelo hegemônico de atenção à saúde médico-assistencial privatista, que criam cenário desfavorável à estratégia, principalmente nas regiões metropolitanas que possuem um grande aparato tecnológico de serviços de saúde, marcado por contradições, acertos e desacertos, a exemplo da cidade de Salvador, que é a terceira cidade mais populosa do Brasil e tem baixas coberturas da ESF.

Escorel et al. (2007) descrevem que a implantação da ESF como proposta orientadora da atenção básica no Brasil deparou-se, nos grandes centros urbanos, com aspectos complexos relacionados ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída, grande concentração urbana e baixa capacidade técnico-política da gestão, fato este que se estende a diversos outros centros urbanos no país, que enfrentam dificuldades na organização dos seus sistemas de serviços de saúde.

Nos grandes centros urbanos, a existência de um importante *mix* público-privado na saúde, a prevalência do padrão mercantilista de produção e consumo dos serviços de saúde e a disponibilidade de tecnologia moderna resultam em pressões sobre o uso de serviços e o financiamento e constituem-se em desafios postos à priorização da ESF como modelo reorientador do sistema de serviços de saúde (BOUSQUAT; COHN; ELIAS, 2005).

Ao lado da não priorização da estratégia na agenda política da gestão municipal encontra-se a descontinuidade político-administrativa, componente importante na organização

dos serviços básicos de saúde da ESF no município de Salvador. Segundo os entrevistados, a grande rotatividade e o descompromisso social da gestão refletem desfavoravelmente na integralidade da organização dos serviços da ESF.

O que leva a gestão hoje a não estar trabalhando como deveria a integralidade é a descontinuidade. Quando temos gestores, que a maioria é cargos políticos, tanto de gerência [de unidades e de distritos] quanto de secretário, eu acho que leva a não ter a integralidade por essa alta rotatividade. Então hoje eu estou como gestor, eu sou secretário de saúde, amanhã não sou mais. Quem entra não tem interesse, por questão política, ou interesses próprios, em dar continuidade àquilo que eu tava fazendo. Aí ele já começa a fazer outra coisa completamente diferente, já vai pra outra linha completamente diferente! (ENTREVISTADO 6).

Nos outros estados tivemos governos muito mais comprometidos com o Sistema Único de Saúde, de resolver os problemas de saúde. Aqui tivemos uma resistência! A descontinuidade político-administrativa, ela se acentua muito nos últimos oito anos. Nos últimos oito anos [...] nós tivemos seis secretários de saúde. Então isso é um problema central, e cada secretário que entra, ele estabelece seu projeto de trabalho, suas prioridades. Muda do secretário ao gerente do posto. Então isso, para a organização dos serviços, para qualquer esforço de estabelecimento de modelo de atenção, de novas formas de fazer saúde, de trabalhar [...] isso é completamente prejudicial. (ENTREVISTADO 3).

Nós tivemos dois desde quando implantou até agora, mas de secretário de saúde nós tivemos, eu acho que nove secretários de saúde [...], oito ou nove secretários de saúde. Então, cada um no seu tempo e na medida do que pôde fazer, priorizava mais ou menos a estratégia. (ENTREVISTADO 4).

No Estudo de Linha de Base conduzido por Camargo Júnior et al. (2006), apontou-se descontinuidade administrativa em alguns municípios do lote avaliado (Minas Gerais e Espírito Santo), decorrente da mudança da gestão municipal e da rotatividade dos técnicos, que, para os autores, comprometem a viabilidade de qualquer projeto político no campo da saúde.

Para Bodstein (2002), a descontinuidade administrativa gera profundas variações no desempenho técnico-político dos gestores locais na prestação de serviços, na implementação de programas e políticas de saúde, trazendo consigo um conjunto considerável de riscos e incertezas.

Desse modo, faz-se necessário construir formatos institucionais capazes de reduzir a vulnerabilidade do SUS, assegurar certa proteção face à turbulência da vida político-partidária e que possibilitem a efetividade, eficiência e eficácia da gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Por fim, a pulverização da ESF no município deu-se, de acordo os entrevistados, pela complexidade intraurbana do município de Salvador e pelas pressões sociais e político-partidárias presentes.

Inicialmente, a implantação da ESF no município possuía uma proposta que obedecia a preceitos de bases empíricas para determinar grupos humanos com mais necessidades de saúde, risco epidemiológico e identificação de áreas críticas. Foram utilizados os critérios de área mais carente da cidade e risco epidemiológico de acordo com as diretrizes nacionais do programa (BRASIL, 2001) conforme evidenciado nas falas:

Na verdade, na implantação não tinha um projeto. Tinha a proposta de começar pela área mais carente da cidade, que tinha indicadores sociais de saúde mais baixos, que foi o Subúrbio Ferroviário [...] (ENTREVISTADO 3).

Na proposta inicial, em 2000, foi quando nós começamos a estratégia aqui no município. Nessa proposta inicial [...] se considerou como critério o perfil do risco social e epidemiológico. Então as comunidades que tinham maior carência de assistência à saúde, que tinham o maior risco social e que adoeciam mais e morriam mais foram as comunidades priorizadas pra implantar a Saúde da Família. Aqui foi o Subúrbio Ferroviário, o Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário. (ENTREVISTADO 4).

Na análise do discurso dos entrevistados, percebe-se que a implementação e expansão da ESF no município de Salvador mantém características de uma atenção básica seletiva, sem aderência ao modelo para atenção básica proposto pelo SUS, incapaz de orientar a reestruturação do sistema de serviços de saúde. No plano ideológico, reforça-se a ideia de uma atenção básica simples, direcionada aos pobres.

A utilização de baixa densidade tecnológica não significa que a atenção básica é simples, muito pelo contrário, demanda alta complexidade para dar resolutividade às demandas cotidianas. Para Schraiber e Gonçalves (1996), ainda que tais procedimentos sejam apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, exigiriam para sua adequada a realização de sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.

A configuração espacial incipiente e fragmentada, com microáreas não contíguas, direcionada a áreas pobres tem sua origem desde o processo de implantação do PACS no município, como foi relatado no estudo realizado por Silva Júnior et al. (2010), cujo processo de territorialização seguiu na lógica do cadastramento de áreas consideradas como carentes e com maior risco social e epidemiológico, sem, no entanto, se preocupar com os princípios que deveriam nortear a conformação das microáreas.

A gestão, conforme o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, reconhece que o enfoque de expansão da ESF adotada no município, direcionada para populações com maior risco social, não dá sustentação à proposta de reorientação do sistema de serviços de saúde e reorganização dos serviços de saúde da atenção básica baseando-se na estratégia: “O PSF

tende a deixar de ser um programa focal para áreas periféricas e pobres, tornando-se uma estratégia comprometida com o princípio da universalização.” (SALVADOR, 2010, p. 67).

Na proposta inicial, o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário foi eleito para iniciar a implantação da ESF por compor um dos maiores territórios de pobreza da cidade de Salvador e também por ser uma área onde existiam poucos equipamentos de saúde públicos instalados. Previa-se implantar a estratégia em 100% do distrito. No entanto, tal proposta sofreu distorções na sua operacionalização, gerando pulverização da estratégia no município, que, segundo os entrevistados, deu-se em decorrência, por um lado, da complexidade intraurbana do município, e, por outro lado, das pressões sociais e político-partidárias presentes.

A parte estrutural, que é uma coisa mais concreta, mais objetiva [...] O município não tem uma estrutura urbana que vá de acordo com a necessidade de expansão de Saúde da Família no município [...] Assim, estávamos impossibilitados de expandir porque a estrutura urbana do Subúrbio Ferroviário tinha muita invasão, então os imóveis que tem lá não são regularizados junto à prefeitura. Então aí começa a primeira dificuldade, identificar um imóvel que esteja regularizado, com documentação junto à prefeitura, para que pudesse implantar e construir uma Unidade de Saúde da Família. (ENTREVISTADO 4).

As análises acerca da ESF em grandes centros revelam obstáculos decorrentes do padrão de desenvolvimento urbano e do acentuado processo de favelização, com a necessidade de ações intersetoriais sinérgicas face às situações de extrema precariedade (VIANA, 2002; BOUSQUAT; COHN; ELIAS, 2005; VIANNA et al., 2006; CONILL, 2008; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Outro fenômeno importante envolvendo a pulverização da ESF no município de Salvador refere-se às pressões sociais e político-partidárias presentes. De acordo com o conteúdo das falas, este fato deveu-se a dois aspectos: de um lado, a pressão social gerada pela credibilidade da ESF; de outro, a pressão exercida pelos interesses político-partidários. Esses aspectos, somando-se a complexidade intraurbana, constituíram-se numa correlação de forças que resultou na pulverização da estratégia no município.

Já em 2003, 2004, a população passou a ter conhecimento do que era Saúde da Família e os benefícios de Saúde da Família. Então começou uma pressão política em cima do prefeito, que na época tomou como prioridade da gestão implantar Saúde da Família e expandir. Então os vereadores e os outros políticos começaram a pressionar, e a própria população começou a pressionar que queria nas outras áreas da cidade o Saúde da Família. E aí como a gente não tinha respostas imediatas para identificar os imóveis para completar o Subúrbio Ferroviário, terminou abrindo para se implantar em todo o município. E aí os problemas [...] já tinha problema antes, aí

ampliaram demais. Por quê? Porque a estratégia foi pulverizada no restante do município. (ENTREVISTADO 4).

Outra coisa também que funciona aqui é fazer unidades aqui, acolá. Então isso é uma partidarização. Não tem necessidade, mas não há um planejamento. Não é pelos indicadores, não é isso que está orientando! O que está orientando é o critério político-partidário. Então é isso! (ENTREVISTADO 3).

Depois de algum tempo, Saúde da Família passou a fazer parte do discurso de plataforma política. ‘Eu vou implantar uma Unidade de Saúde da Família aqui nesse bairro’, enfim [...] (ENTREVISTADO 4).

A pulverização da ESF fragilizou o acesso à saúde e gerou distorção da estratégia no município. Unidades de saúde em locais inadequados, sem estrutura mínima necessária, produziram conflitos, descontentamento e sentimento de falta de credibilidade da população.

Duas equipes aqui, três, duas, quer dizer, você não vê fazendo e dando um impacto porque colocou de acordo com critérios técnicos. Aí você tem vizinhanças que não estão agradadas porque não são atendidas naquela unidade. Na ESF a demanda é fechada, não é aberta. A população não entende direito esses processos, quer seu acesso garantido [...] (ENTREVISTADO 5).

[...] já tinha problema antes, aí ampliaram demais. Por quê? Porque a estratégia foi pulverizada no restante do município. Então em cada local foi colocado uma ou duas unidades sem considerar que deveria cobrir toda a população, 100% da população daquela localidade. Então tem unidades que às vezes a população precisaria de quatro equipes, cinco equipes e só implantou uma unidade com duas equipes, aí o restante da comunidade ficou descoberta [...] E aí o problema foi se ampliando, ampliando, ampliando, e isso culminou com o que hoje a gente vive de problema que é, às vezes, a população não quer Saúde da Família porque a experiência que teve foi de uma forma errada. Hoje a gente encontra algumas comunidades com resistência à Saúde da Família porque conheceu e viveu uma experiência que não é, na verdade, Saúde da Família. Foi um arranjo que se fez pra evitar um dano maior, entendeu? (ENTREVISTADO 4).

Em determinada área, eles só cobriam 30% da população. Isso criou muito problema, muito conflito! Isso até hoje em determinadas comunidades. No início era assim, você tinha unidade de demanda aberta num determinado bairro, responsável por uma determinada área de demanda aberta e, de repente, transforma aquela unidade em PSF, que só dava pra cobrir 30% da área, o restante da população não era atendida. Com isso, teve-se muito problema, e geram reflexos até hoje! (ENTREVISTADO 2).

Teve resistência, briga, conflito! Teve unidades que foram esvaziadas, que funcionava como Unidade Básica, chamada de Centro de Saúde, que tinha laboratório, tinha certo grau de resolutividade. Unidades que tinha população organizada que brigavam muito. Tinha unidades que estavam funcionando razoavelmente naquele território e estas foram esvaziadas para se transformar em Unidades de Saúde da Família. Então essa população migra para onde, se a população toda não é coberta? (ENTREVISTADO 3).

Esse contexto coloca a ESF no município de Salvador num patamar incipiente de expansão da estratégia, que vem sendo implementada de forma complementar à rede de unidades de saúde tradicionais. Em 2008, o município de Salvador apresentava uma cobertura

da ESF de 13,5% (SALVADOR, 2010). Considerando o período de dois anos, poucas Unidades de Saúde da Família foram inauguradas no município. Hoje essa taxa alcança, em média, 15,4% da população, muito aquém da média nacional de 51,81%, e do estado, que corresponde a 57,67% da população coberta (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011).

Para uma das entrevistadas, a expansão incipiente da ESF é incapaz de promover mudanças na organização dos serviços e das práticas de saúde e transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, ela vem pra organizar o serviço, ela vem pra substituir também aquele modelo [refere-se ao modelo hegemônico médico assistencial privatista]. Ela vem pra substituir. Mas se eu não tenho 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, eu não vou conseguir reorganizar o serviço. Você não tem hoje, em Salvador, 17% de cobertura. Como é que eu consigo reorganizar um serviço através da estratégia, se a minha cobertura é lá em baixo? Eu não vou conseguir, entendeu? (ENTREVISTADO 6).

A baixa cobertura da estratégia no município constitui-se numa limitação para a organização de serviços de saúde capazes de causar impacto nos princípios da integralidade, da universalidade, da equidade no acesso e na resolutividade, conforme descrito no PMS 2010-2013, ao apontar a baixa oferta de serviços básicos, que não contemplam os indicadores pactuados pelo município, mesmo com a contratação de serviços da rede privada (SALVADOR, 2010).

Alguns entrevistados reconhecem que o processo de implementação e expansão da ESF no município como estratégia de reorganização dos serviços na atenção básica gerou distorções e descrédito da comunidade, mas ainda assim relatam que foi necessário iniciar o processo, mesmo com o risco de gerar distorções.

Não deveria ser assim, porque os riscos que a gente corre e que está vivendo ainda hoje: a distorção da estratégia, descrédito da comunidade! Tem muita coisa implicada aí. (ENTREVISTADO 6).

Não se deu como deveria se dar, mas se fosse hoje eu tentaria também porque precisava começar, porque se a gente ficasse esperando o ideal pra começar, não ia começar nunca, precisava começar. (ENTREVISTADO 4).

Então vamos começando e aí aos pouco, agora não pode desistir! Você tem que dar continuidade e avançar sempre, mas não deveria ser assim não, porque os riscos que a gente corre com a distorção da estratégia são muito grandes. (ENTREVISTADO 1).

A análise do contexto político-administrativo expresso nas falas dos entrevistados revela o posicionamento dos atores sociais e a correlação de forças existentes no processo de reorganização dos serviços básicos de saúde da cidade de Salvador, com base na implementação e expansão da ESF, cujo cenário atual tem sido marcado por fragilidades e descontentamento por parte da população.

De um lado, o baixo controle por parte da gestão municipal sobre elementos como interesses privados, complexidade intraurbana do município, pressões sociais e político-partidárias presentes geraram pulverização e descaracterização da estratégia no município, se afastando da proposta inicial de implantação e expansão. Do outro lado, observa-se que a ESF possui uma centralidade na agenda municipal, no exame documental referente aos planos municipais. No entanto, os argumentos apresentados pelos entrevistados e a cobertura incipiente da ESF no município apontam baixo grau de importância atribuído à estratégia na gestão municipal. A não priorização da ESF nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, como foi evidenciado na análise das atas, também aponta este baixo grau de importância.

Para os entrevistados, os interesses dos atores sociais representantes do setor privado constituem-se num elemento de força contrária à centralidade da estratégia na agenda da gestão municipal, com aspirações ideológicas contraditórias a um modelo que visa o fortalecimento do SUS, potencializando forças contrárias à organização da rede de serviços de modo a garantir a mobilidade do usuário nos diferentes níveis do sistema, conforme discutido na próxima categoria temática.

6.2 ARTICULAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA À REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL

A operacionalização do princípio da integralidade na atenção à saúde está condicionada a ações e intervenções de naturezas distintas em todos os níveis do sistema de saúde e, ainda, em outros setores. Na gestão do sistema, é necessário garantir o acesso em todos os níveis de complexidade, assegurando a integração organizacional e programática da assistência individual com ações de caráter coletivo.

A organização e integração da ESF à rede de serviços de saúde é um pressuposto para a garantia da integralidade da atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema, assegurando a mobilidade do usuário e garantindo a integralidade nas ações. Pinheiro, Ferla e Silva Júnior (2007) defendem que o acesso da população a todos os níveis de

atenção do sistema de saúde seria condição e ponto de partida para a construção do princípio da integralidade.

No caso do município de Salvador, questões político-administrativas no âmbito macro e micro da gestão têm criado barreiras para o fortalecimento de uma rede de serviços que articule a ESF aos diferentes níveis de atenção à saúde.

No âmbito macro da gestão, observa-se que as fragilidades no projeto de governo para o setor saúde, a descontinuidade político-administrativa e a baixa capacidade técnico-política da gestão criam descompasso na estruturação da rede de serviços de saúde capaz de assegurar a mobilidade do usuário no sistema e a integralidade na atenção à saúde. Já no âmbito micro da gestão, a estrutura organizacional vigente e a gestão como condução político-administrativa do sistema constituem desafios atuais postos à gestão municipal, sobretudo na organização dos serviços básicos de saúde do município.

6.2.1 Articulação da ESF à Rede de Serviços de Saúde Municipal: uma visão macro da gestão

O município de Salvador, terceira maior concentração populacional do Brasil, dispõe de uma grande diversidade e quantidade de serviços e estabelecimentos de saúde instalados em seu território que, em tese, facilitaria o acesso da população aos distintos níveis de complexidade de atenção. Entretanto as fragilidades na organização da rede de serviços de saúde tem-se constituído uma barreira para a garantia da integralidade na atenção à saúde, como foi relatado pelos entrevistados.

Como é que a gente vai trabalhar integralidade se a gente não sabe o que é que tem na rede! [...] Então, assim, o gestor, a gestão da Estratégia Saúde da Família não conhece! Porque não existe integralidade na Secretaria da Saúde. É assim em saúde da mulher, na saúde da criança, na tuberculose [...] Não se conhece a rede que eu tenho hoje. (ENTREVISTADO 6).

A rede de assistência, ela não se fala, ela não se comunica. Porque a gente falou muito em relação à gestão também, mas que, também, será que a própria gestão, ela conhece a rede que ela tem, será que a gente, enquanto gestão, a gente conhece a nossa rede? Eu vou dizer a você: eu não conheço não! Eu não conheço, porque a instituição, na verdade, acho que a própria instituição não conhece. (ENTREVISTADO 5).

Não funciona. Não funciona. Gente, os pacientes rodam! Os pacientes, eu falo muito de gestão, de saúde da mulher porque é uma área que eu gosto muito. Essas mulheres, elas peregrinam por esses hospitais pra conseguir uma vaga. (ENTREVISTADO 2).

Fragilizada, fragmentada. Não, não existe. Pra mim não existe! (ENTREVISTADO 1).

A relação entre os serviços de atenção aos usuários está comprometida por vários fatores, e o que se nos apresenta ao analisarmos as narrativas dos sujeitos que operam os serviços de saúde é a fragmentação e a falta de comunicação. No dizer de Rovere (1999), o sistema se apresenta como um arquipélago, e os serviços desenvolvem seus projetos como se fossem autônomos. As narrativas dos entrevistados reiteram o desconhecimento sobre as ações desenvolvidas nos serviços para os quais referenciam os usuários com suas necessidades de saúde. Nesse contexto, o usuário faz uma verdadeira peregrinação nos diversos níveis do sistema para obter acesso à atenção das suas demandas de saúde.

Para Giovanella e Mendonça (2008), um dos atributos da atenção básica é constituir-se uma porta de entrada, ou seja, o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, necessário à garantia do acesso do usuário à atenção aos outros níveis de complexidade do sistema. Assim, o serviço de atenção básica torna-se o ponto de início da atenção ao exercer papel de filtro para acesso aos outros níveis, mas ao mesmo tempo ter o seu próprio grau de resolutividade.

Desse modo, competiria à ESF a ordenação de todo o espectro assistencial em saúde, quando por meio da atenção básica se identificam as necessidades de atendimentos mais especializados, coordena-se as referências para os níveis mais adequados e acompanham-se os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos usuários acompanhados. A atenção básica teria não só que identificar os problemas que demandassem intervenção constante, mas também garantir a continuidade ao longo da rede (MENDES, 2001; STARFIELD, 2002).

O governo federal assumiu essa compreensão desde a implantação da ESF em nosso país e assinalou a importância da atenção básica como estratégia para se alcançar a integralidade da atenção, por sua possibilidade de construção de relações contínuas com a população. E, por isso, teria o compromisso de prover atenção integral e qualificada, com resolutividade, e contribuir com a autonomia das pessoas, além de articular-se com a rede de serviços, questões recentemente reiteradas por portarias ministeriais (BRASIL, 2006, 2011).

No discurso dos entrevistados, evidencia-se que o município de Salvador tem direcionado esforços para definir a rede de serviços de saúde municipal, contudo sem avanços, conforme evidenciado na fala de um dos gestores:

A gente está fazendo oficina com os distritos, primeiro para definir a rede. A gente precisa definir que rede é essa, por distrito sanitário. E identificar esses serviços para fazer esse estudo: o que é que cada distrito sanitário tem de serviço de saúde a ser oferecido e como a gente pode desenhar essa rede. Mas ainda está assim, só na proposta, não tem nada fechado. (ENTREVISTADO 4).

De acordo com as entrevistas, vários problemas político-administrativos têm se configurado em barreiras para a organização da rede de serviços de saúde no município, identificados nas falas dos entrevistados como: as fragilidades no projeto de governo para o setor saúde, a descontinuidade político-administrativa, a baixa capacidade técnica e política da gestão.

Atualmente, diversos instrumentos de gestão orientam o gestor a definir o conjunto das ações e serviços de saúde a serem priorizados e prestados à população. O PMS representa um projeto de governo no campo da saúde, apontando os caminhos que a gestão deve seguir no conjunto das organizações de saúde. Teixeira (2001, p. 37) afirma que “o Plano é a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas”.

Contudo, para os entrevistados, o PMS ainda está reduzido ao caráter cartorial, apenas para cumprir as exigências do Ministério da Saúde.

Não temos um plano de saúde. Temos apenas um plano para apresentar, cartográfico; apenas cartorial, que apresenta [...] apenas para receber os recursos. (ENTREVISTADO 1).

Aliada às fragilidades no projeto de governo para o setor saúde, a baixa capacidade técnica e política de gestão do município em assumir as demandas originadas pelo processo de descentralização e municipalização da saúde configura-se, de acordo com os entrevistados, num importante obstáculo para a organização da rede de serviços de saúde municipal.

Por que não se consegue estruturar uma rede em Salvador? Eu acho que é essa falta de capacidade de gestão, de continuidade. Falta de projeto para a cidade, o prefeito não tem! Nós não temos uma política de saúde [...] temos aqui o que o ministério determina. (ENTREVISTADO 3).

Os elementos apresentados pelos entrevistados como projeto de governo, capacidade técnica e política de gestão são *sine qua non* para que um gestor possa definir e defender projetos e interesses com base na criação de espaços de negociação e articulação. Estes aspectos apontam para o triângulo de governo de Matus (1993).

Para Matus (1993), governar é a arte que envolve a articulação de três variáveis interdependentes: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema.

O projeto de governo diz respeito às propostas de ações pretendidas por um ator para alcançar seus objetivos. A governabilidade do sistema refere-se às variáveis decisivas que um

ator em situação de governar controla em relação ao que se pretende com o seu projeto. A capacidade de governo diz respeito às técnicas, habilidades e métodos que controla um ator e sua equipe em situação de governo.

Portanto, sem projeto de governo, ainda que explícito ou não, que possa direcionar as ações, e sem levar em conta os recursos necessários para a sua materialização e a existência de oponentes, criam barreiras para a ação e materialização dos seus projetos e interesses.

Merhy (2002) parte dessas ideias para sugerir que um ator em situação de governo é sempre coletivo, que esse ator direciona suas ações baseado em um projeto, explícito ou não, e que, por não controlar todos os recursos, tem que considerar a existência de oponentes e precisa saber governar. Por recurso entende tudo o que for necessário para compor o êxito de aposta do ator, como dinheiro, conhecimento, trabalhadores, comunicação, saberes e procedimentos de como as coisas devem ser feitas (MERHY, 2002).

Nesse contexto, poderíamos questionar: já que é explícito nos documentos técnicos e de gestão do município que a ESF é a estratégia de reorientação do sistema de saúde local, por que isto não ocorre de fato?

É necessário entender como os sujeitos sociais disputam projetos e controlam recursos, em torno do quais circulam seus interesses e expõem suas vontades. Para tanto é preciso remeter-se ao processo de descentralização da saúde e reorganização do sistema de saúde do município de Salvador e à política de gestão do sistema adotada para compreendermos o direcionamento das ações com base no projeto de governo da gestão municipal, explícita ser a ESF a diretriz orientadora do sistema de saúde local, e sua relação com o controle dos recursos disponíveis, considerando o posicionamento dos atores na defesa dos seus projetos e interesses.

No processo de descentralização da saúde e reorganização do sistema de saúde local, a gestão municipal apresentou características e tendências à privatização, com adoção de uma política de terceirização como ferramenta de gestão do sistema público de saúde. Ainda hoje, grande parte dos serviços de saúde da rede está terceirizada ou ofertada pela iniciativa privada, e outros serviços encontram-se sob a gestão estadual e federal, intensificando a fragmentação do sistema público de saúde municipal.

Quanto à natureza jurídica dos serviços de saúde municipal, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem em Salvador 2.565 estabelecimentos de saúde. Deste total, 452 (17,6%) correspondem aos prestadores de serviços de saúde SUS, dos quais 153 são públicos municipais, 37 públicos estaduais, 9 públicos federais, 25 privados filantrópicos ou sem fins lucrativos e 228 privados lucrativos.

Os serviços privados que compõem a rede complementar do SUS correspondem a 56% dos estabelecimentos e respondem pela maioria dos serviços especializados de média e alta complexidade, ao passo que a rede pública representa 44% da rede de estabelecimentos SUS, com um maior número de unidade principalmente na atenção básica, representada por Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE, 2011).

Observa-se então que, no município, o maior aporte de recursos financeiros é destinado para a compra de serviços de média e alta complexidade do setor privado, com baixa cobertura e resolutividade de serviços de atenção básica, representado, principalmente, pela ESF (SALVADOR, 2010). Fato esse também relatado pelos entrevistados.

Grande parte dos recursos vai para as contratualizadas que ofertam serviços de saúde longe da realidade local. (ENTREVISTADO 3).

A gente tem em Salvador uma herança muito grande, uma herança na área de convênios, contratos. Foi feito ano passado um levantamento pela própria Secretaria da Saúde revelando que cerca de 80% dos recursos que vinham para a média complexidade ia para o setor privado. (ENTREVISTADO 5).

Esse cenário caminha no sentido contrário ao processo de descentralização ocorrido no Brasil desde a segunda metade da década de 1980, no qual os municípios têm acumulado progressivamente experiências de gestão e fortalecido sua capacidade técnica no âmbito da atenção básica. No Brasil, em 2008, a quase totalidade das unidades ambulatoriais públicas de saúde (96%) pertence à gestão municipal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A baixa capacidade técnica instalada no sistema de serviços de saúde do município em dar respostas às demandas de saúde da população tem conduzido a gestão a contratar serviços de saúde privados em caráter complementar à rede.

A média complexidade mesmo é toda contratualizada. A gente tem muito pouco serviço próprio. Mas o ideal, porque custa muito caro isso, o ideal é que a gente tivesse, também, uma rede própria de média complexidade e de alta complexidade. (ENTREVISTADO 4).

Temos aqui até centros de saúde cuja gestão foi delegada à iniciativa privada, filantrópicas. Isso reflete na baixa capacidade de gestão do município em organizar sua rede. (ENTREVISTADO 3).

A participação do setor privado como um dos principais atores responsáveis pela oferta de serviços da rede converge em força contrária ao fortalecimento e organização da rede própria de serviços de saúde e de um modelo de atenção à saúde social e coletiva, com enfoque na integralidade da atenção e no impacto sobre os problemas de saúde. Para os

gestores entrevistados, esse fato gera baixo controle por parte da gestão municipal sobre a rede de serviços de saúde.

Organização da rede, não se consegue por causa do setor privado contratado pelo SUS para ofertar serviços de saúde [...] Você vê todo o movimento que se faz, e isso não foi somente agora. Os dois gestores anteriores tentaram fazer e a reação foi a mesma que se faz em tentar mexer um pouco com esses recursos que vai para as contratualizadas: a primeira coisa que eles fazem é botar na mídia que vai reduzir e que a população vai ficar sem acesso. Joga a população contra e é um problemão que eles criam! Então eles não aceitam, eu acho que nem tentar se organizar, quer que mantenha a estrutura do jeito que está. (ENTREVISTADO 3).

Existe e muito, muito mesmo a pressão política. Tem mais isso, porque começa a jogar a população contra [...] É, e aí isso é muito complicado! (ENTREVISTADO 4).

Quem se fortalece aqui é o setor privado. Então, enquanto modelo de atenção, a gente tem esse problema, a gente precisa de força para vencer este modelo. (ENTREVISTADO 5).

Foi feito ano passado um estudo conduzido pela Secretaria da Saúde: nós tínhamos cerca de 80% dos recursos que vinham para a média complexidade direcionados ao setor privado [...] Cerca de 80% dos recursos da media complexidade fica com o setor privado. Então, para você ver o dano que isso causa. (ENTREVISTADO 2).

Nesse espaço dinâmico, os elementos apresentados nos discursos dos entrevistados apontam para o reconhecimento de atores que, ao compor a rede de serviços de saúde, sejam usuários, trabalhadores, sociedade e gestores, possuam projetos e controlem recursos.

No contexto da terceirização e da privatização, a lógica orientadora do acesso e da focalização da organização dos serviços está orientada pela capacidade de consumir procedimentos médicos, cuja tecnologia embutida apresenta cada vez mais valor agregado. Esta lógica aponta a maneira como o modo de produção capitalista determina o acesso e o tipo de atenção à saúde que é ofertado à população.

Nesse aspecto, a questão do financiamento é o elemento que define a organização dos diferentes subsetores e os deslocamentos de poder entre eles, conforme sinalizado por Testa (1992). Cada subsetor possui distintas formas de financiamento, prestação de serviços e cobertura populacional configurando uma rede complexa. Considera-se aqui como subsetor a atenção básica, média e alta complexidade.

No caso da relação público-privado, a contratação dos serviços de saúde no SUS deveria ser de caráter complementar à rede, entretanto o que se observa é que essa contratação constitui-se na principal representante da oferta de serviços de saúde, conforme sinalizado neste estudo ao relatar a participação do setor privado na composição da rede de serviços de

saúde da cidade de Salvador, que para defender seus interesses disputam projetos e controlam recursos, e expõem suas vontades como ação.

O sistema de pagamento estabelecido pelo MS, fortemente centrado no pagamento por procedimento, é definido por Mendes (2011) como perverso porque estimula os prestadores a oferecerem não o cuidado necessário, mas o máximo de procedimentos possível, ao tempo em que os desestimula a ofertarem intervenções voltadas para a promoção e a manutenção da saúde.

As informações apresentadas pelo PMS 2006-2013 sobre a percepção dos problemas dos serviços de saúde da cidade de Salvador somente reforçam e validam as informações já levantadas, indicando: a) ineficiência do modelo de atenção vigente, que não contempla a integralidade do cuidado e acolhimento do usuário, b) a insuficiência da política de promoção e prevenção em saúde no município, c) a privatização e terceirização dos serviços de saúde, d) a inexistência de uma rede de ações e serviços articulada e resolutiva para atender as necessidades de saúde da família, assumindo a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada, e) a oferta de serviços desvinculada do perfil epidemiológico da população e f) a inadequação das políticas de saúde, inclusive de apoio diagnóstico à realidade da população (SALVADOR, 2010).

Esse cenário complexo e fragmentado, com gestão incipiente da rede de serviços de saúde, acaba sufocando serviços de menor densidade tecnológica que têm que referenciar usuários para outros níveis de complexidade do sistema. Instalam-se mecanismos informais, brechas que são criadas pelos trabalhadores buscando romper com lógicas, às vezes perversas, do sistema. Entretanto estes mecanismos se, por um lado, promovem acesso, por outro, podem reproduzir iniquidades.

Cecílio (2001) nos convida a pensar a integralidade focalizada em cada nó da rede em que acontece a atenção. E afirma que a integralidade da atenção teria também uma dimensão ampliada, na qual haveria articulação de cada serviço com a rede composta por serviços do setor saúde e outros setores, já que as tecnologias a serem envolvidas no cuidado integral estão em diferentes serviços.

Atualmente tem emergido um conjunto de discussões, aspirações e debates em torno da necessidade de fortalecimento da rede de serviços de saúde no âmbito do SUS, de modo a garantir a continuidade da atenção à saúde e o atendimento às necessidades de saúde da população que demanda por serviços do sistema. Nesse aspecto, Mendes (2011) faz uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro e propõe como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulem os territórios sanitários,

os componentes da integração e a gestão da clínica. Aponta para a necessidade de superarmos a fragmentação do sistema por meio da priorização e qualificação da atenção primária à saúde como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde.

A proposta de estruturação de redes integrais de saúde tem como marco referencial o fortalecimento da atenção básica e esta deve ser operada de acordo as necessidades de saúde dos cidadãos. Isso aponta a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde para que ele se aproxime mais da realidade vivenciada pela população e de suas necessidades de saúde.

Por fim, observa-se que esse cenário não se limita ao contexto do município de Salvador. De acordo com Escorel et al. (2007), a implantação da ESF como proposta orientadora da atenção básica no Brasil deparou-se nos grandes centros urbanos com questões complexas relacionadas ao elevado grau de exclusão do acesso dos serviços de saúde, oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída.

Esses aspectos representam desafios postos aos gestores para a reorganização dos serviços e das práticas de saúde com base na ESF e na consolidação da atenção básica como porta de entrada do sistema. O fortalecimento da rede de serviços de saúde baseada na atenção básica é um passo importante para qualquer esforço de estruturação dos sistemas de serviço locais, na perspectiva da garantia da universalidade, da integralidade, da equidade e da resolutividade.

6.2.2 Articulação da ESF com a Rede de Serviços de Saúde Municipal: uma visão micro da gestão

Além do nível macro do sistema, a falta de articulação reflete-se também no nível micro da gestão da atenção básica municipal, com forte conotação do modelo hegemônico biomédico de atenção à saúde. Os entrevistados relatam que as áreas técnicas da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde estão dispostas de forma fragmentada e reducionista. Essa forma de organização impede uma visão mais integralizada da gestão dos serviços de saúde que, segundo os entrevistados, está marcada por trabalho isolado, sem articulação e integração.

A falta da integralidade, por exemplo, quando você age por programas, que é uma coisa mais central, na execução no nível mais de secretaria e na integralidade no nível periférico. Eu acho que a visão ainda é muito de clínica, quer dizer, cada um por si, cada um com seu programa dando conta de si, puxando a prioridade pra si. (ENTREVISTADO 5).

Na minha experiência na gestão, o que eu vejo é que hoje a gente ainda trabalha muito com as caixinhas fechadas. Nós temos os programas, principalmente hipertensão e diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e por aí vai, só que cada um trabalha dentro da sua caixinha. Então eu sou [do programa de atenção à] criança, eu só trabalho com a criança, eu sou [do programa de atenção à] mulher, eu só trabalho com a mulher, eu sou [do programa de atenção ao] adulto, hipertensão e diabetes [...] (ENTREVISTADO 6).

A forma de organização estrutural também reflete nas práticas dos profissionais que são estimulados a prestarem assistência por programas e áreas técnicas, fragmentando a atenção ao indivíduo que demanda uma assistência mais integral.

Se eu [estou no programa de atenção à] saúde da mulher, eu não mantenho uma relação, com [os programas de] tuberculose, hanseníase, eu estou dizendo que a mulher não adocece de tuberculose, que a mulher, ela não adocece de hanseníase. Se eu enquanto [atuante no programa de] hipertensão e diabetes não tenho essa relação com saúde da mulher, eu estou dizendo que a mulher não adocece de hipertensão, que ela não vai ter diabetes. Ela pode até não ter hoje, mas amanhã, sim! E isso reflete também na forma como os profissionais de saúde atendem o usuário. (ENTREVISTADO 6).

Ao reconhecer essa fragilidade, a equipe técnica da atenção básica do município promoveu mudanças na organização estrutural interna das coordenações, buscando uma visão mais integralizada. Para tanto, utilizou a concepção de ciclos da vida, conforme registrado em uma das falas.

A gente tem várias áreas técnicas que trabalhavam cada um no seu cantinho, não se articulavam, mas esse ano, pela ação educativa, a gente conseguiu juntar as áreas técnicas e fez agora uma lógica diferente: utilizando a concepção de 'ciclo de vida'. As formações por ciclos de vida, não sei se seria exatamente isto, mas a gente necessitaria sair, partir de algum ponto. Então, a partir de doença, a gente conseguiu levar para o lado do ciclo de vida. (ENTREVISTADO 4).

Ao analisar o organograma da Secretaria da Saúde, as áreas técnicas ainda estão dispostas no modelo anterior, centrado numa visão de programas, fragmentada. De qualquer forma, ainda que essas mudanças não tenham sido institucionalizadas, são válidos os esforços da equipe técnica para promover uma organização mais integralizada. Certamente, para a efetivação de uma visão mais integralizada da gestão, as mudanças não devem se limitar ao organograma, mas no cotidiano do trabalho interno da secretaria, de modo que as coordenações se comuniquem num modelo mais transversal e coletivo.

A condução político-administrativa do sistema, em particular das unidades básicas de saúde, foi apontada pelos entrevistados como fator negativo para a integralidade na organização dos serviços básicos de saúde. Nas falas dos entrevistados observa-se a

convergência para o perfil inadequado dos gestores das unidades da ESF, os quais são selecionados por critério de indicação política, fato que tem acarretado descompasso com os princípios e diretrizes do SUS e da ESF, marcado por alta rotatividade destes profissionais.

Os gerentes das unidades de saúde estão inseridos nesse cargo por uma indicação político-partidária. Então ficou mais complicado ainda porque a gente tem gerentes que não são profissionais de saúde. Temos gerentes que não têm nenhum perfil para ser gerente, que não sabe, nem quer saber o que é Saúde da Família, nem SUS! Então, isso compromete. (ENTREVISTADO 4).

[...] o que leva a gestão hoje a não estar trabalhando como deveria a integralidade é a rotatividade. E aí o que é que acontece? Quando temos gestores, que a maioria é cargos políticos, eu acho que leva muito a não ter a integralidade, tanto pela falta de perfil quanto pela alta rotatividade. (ENTREVISTADO 6).

No dia em que tivermos estabilidade, tivermos gestores mais comprometidos, que se qualifique, e isso não é uma coisa fácil, a gente conseguir implantar uma política de saúde em determinados territórios, em garantir que observe a integralidade, não é fácil, é complexo! [...] Você precisa de toda uma articulação de gestores, da adesão de pessoas, dos trabalhadores, de qualificação. Tudo isso é um processo complexo, a gente não pode ter um hoje, outro amanhã. (ENTREVISTADO 3).

Na prática gerencial evidenciamos a ausência de autonomia para que se tomem decisões no gerenciamento dos serviços. Isso compromete esta prática, cria desgaste para os gerentes, uma vez que a autonomia é necessária para a definição de ações prioritárias no âmbito da área de abrangência.

Aqui não se tem autonomia para resolver os problemas. Você fica com tantos intermediários que até você soltar um ofício para conseguir uma pessoa, se ele chegar lá, às vezes tem um ofício que bate aqui com três, quatro meses que deram entrada, para resolver uma besteira: manutenção de autoclave, manutenção de tensiômetro. Quer dizer, você gasta muita energia com isso, com essas besteiras! (ENTREVISTADO 5).

Para os gerentes, os distritos sanitários têm pouca autonomia gerencial na organização dos serviços de saúde na sua área de abrangência, cujo poder de decisão está centrado na Secretaria da Saúde. Essa baixa autonomia estende-se também para os gerentes das unidades de saúde que dependem da esfera central da secretaria para a tomada de decisões.

Eu acho que deve ser angustiante também para a coordenação do distrito, você não ter essa governabilidade de gerir muitas vezes o recurso, de tomar decisões. Como é que eu posso, se eu dependo da secretaria para tudo. O distrito, enquanto distrito, é a mesma coisa, é a secretaria para tudo [...] (ENTREVISTADO 6).

Para Paim (2003), os distritos sanitários constituem-se numa unidade administrativa do sistema, na qual se localizam recursos públicos e privados de saúde capazes de

desenvolver ações integrais e resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde, com participação da sociedade organizada. Sob essa ótica, é possível indagar que os distritos sanitários do município de Salvador constituem-se apenas em recortes arbitrários de espaços urbanos e instalação de uma instância burocrática, com pouca ou nenhuma capacidade técnico-política de resolutividade em relação às demandas de saúde da população adscrita.

Para organizar serviços que se aproximem das necessidades de saúde da população é imprescindível a ampliação do grau de autonomia dos DS, permitindo-lhes mais liberdade para priorizar ações e organizar serviços de saúde de acordo com as demandas de sua área de adscrição e sejam, para tanto, dotados de recursos administrativos e financeiros. A gestão do distrito está próxima da população, num grau intermediário entre esta e a Secretaria da Saúde, cuja proximidade pressupõe a possibilidade de promover fortalecimento das ações coletivas.

Nesse cenário, é importante reconhecer que sujeitos presentes em cada um dos diferentes serviços de saúde, sejam usuários, trabalhadores ou gestores, todos governam, disputam projetos e controlam recursos. E, neste caso, podem se constituir sujeitos sociais, que se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas, em que se caracterizam com base em seus projetos, em torno dos quais circulam seus interesses e expõem suas vontades como ação.

Esse tipo de organização do sistema é exemplo das redes de serviços de saúde da maioria dos municípios brasileiros, como afirma Inojosa (1999), caracterizado por uma rede subordinada, a qual é constituída por entes que são parte de uma organização ou sistema, em que existe interdependência ou objetivos, mas essa rede não depende da vontade dos entes.

Entretanto Junqueira (2000) lembra que a rede é uma construção coletiva, que vai se conformando na medida em que há aproximação de pessoas e instituições que se comprometem em superar de maneira integrada os problemas, que partilham coletivamente seus objetivos baseando-se na compreensão partilhada da realidade social.

Desse modo, no caso particular do município de Salvador, além do dilema de superar a etapa quantitativa da expansão do acesso da ESF, demanda-se uma discussão formuladora da qualidade das ações da estratégia e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS, com aproximação de um modelo de atenção à saúde com maior enfoque na integralidade da atenção e nas necessidades de saúde da população, bem como fortalecimento de práticas de gestão que envolvam coparticipação social na organização dos serviços de saúde. Aspectos como cultura organizacional, estrutura organizacional e gestão como condução político-administrativa do sistema constituem desafios atuais postos ao gestor municipal de saúde, sobretudo na organização dos serviços básicos de saúde do município.

Enfrentar esses desafios pressupõe debruçar-se sobre problemas que emergem da configuração da organização do sistema e do processo de gestão praticada de modo a subsidiar propostas que contribuam com o fortalecimento de práticas de gestão coerentes com os princípios do SUS.

6.3 PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESF

O enfoque na atenção básica no que se refere à reorganização dos serviços em razão das necessidades de saúde e do perfil epidemiológico de cada território, com ênfase no nível local, no processo de territorialização e no planejamento estratégico, é a principal ferramenta para a definição de prioridades das ações e serviços a serem implementados, bem como a interdisciplinaridade e a participação social (COELHO, 2010).

Nesse contexto, a epidemiologia constitui uma importante ferramenta para o planejamento local, instrumentalizando a equipe para a definição e identificação de problemas prioritários e articulação das ações e das práticas de saúde, tendo na Programação em Saúde a principal estratégia para a organização dos serviços e das práticas de atenção à saúde (FEUERWERKER, 2005). O planejamento das ações por parte da equipe, tendo o território e a família como foco, possibilita o atendimento das necessidades de saúde ao reconhecer o contexto e o diálogo com a população, integralizando ações assistenciais, de promoção e de prevenção.

Remete-se assim ao princípio da integralidade que, diante da lógica do trabalho em equipe, das necessidades de saúde da população, da complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes, tem demandado práticas para além das individuais e curativas, na tentativa de agregar a promoção, prevenção e reabilitação ao alcance de grupos e coletividade.

A SMS de Salvador vem empreendendo esforços para a institucionalização da programação, numa tentativa de contribuir para a reorganização dos serviços e das práticas de saúde que se aproximem da realidade local de cada população adscrita. Por meio de oficinas e reuniões de planejamento e avaliação, tem buscado efetivar a utilização dessa ferramenta de gestão na consolidação do SUS no âmbito municipal, mas até então esse processo limita-se ao nível central da Secretaria da Saúde.

De 2010 pra cá [...] nós mesmos assumimos já esse monitoramento, foi a partir daí que nós começamos a utilizar efetivamente o plano e o planejamento como ferramenta de gestão. Agora, eu acho que isso está avançando muito mais aqui no

nível central. Então a gente não conseguiu chegar ainda no nível local e retomar junto às equipes esse processo. (ENTREVISTADO 4).

A obrigatoriedade de aderir aos Pactos e à PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA – VIGILANCIA EM SAÚDE (PPI-VS) tem exigido das coordenações de atenção básica esforços a fim de identificar os problemas que dificultam o alcance das metas pactuadas e de formular propostas para seu enfrentamento com a indicação da responsabilidade institucional. Esse processo tem ocorrido no município de forma periódica, quadrimestralmente, contudo não havendo sido adotada uma clara definição metodológica.

As técnicas estão conduzindo esse processo muito bem, o planejamento, o monitoramento, e esse ano está muito forte também à questão da avaliação. Agora, assim, quadrimestralmente, porque a gente ainda não teve perna para conseguir fazer isso, até mensalmente. É no quadrimestre! Então, três vezes no ano a gente senta para avaliar, fazer monitorando. (ENTREVISTADO 4).

De acordo Teixeira (2004), a utilização contínua do planejamento na organização dos serviços de saúde a serem ofertados constitui-se num importante instrumento viabilizador de práticas que possam acompanhar a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde de cada local e região, considerando as diversas realidades e contextos envolvidos.

O planejamento e a programação das ações de saúde na atenção básica são pouco utilizados pelas equipes e concentrados no âmbito central da Secretaria da Saúde. Assim, a ausência de uma metodologia sistematizada gera desconforto, desgaste e angústia, conforme relatado por gestores que atuam na atenção básica, ao pontuarem a ausência de um plano de trabalho e a descontinuidade das ações, muitas vezes tendo apenas como referência de trabalho as determinações da Secretaria da Saúde e das outras instâncias de governo.

Então eu acho que hoje a Secretaria da Saúde deveria parar, não sei como, isso é uma coisa que me angustia muito! A gente não consegue trabalhar porque cada dia cobra de você uma coisa. ‘Olha, hoje você vai trabalhar SIAB’, mas quando chega amanhã, já não é mais SIAB, já vai trabalhar outra coisa. Então você não dá uma continuidade numa determinada coisa. (ENTREVISTADO 6).

O planejamento está muito em cima dos relatórios que a gente tem que produzir, pega o Sistema de Informação e analisa etc. (ENTREVISTADO 1).

Então a gente não chega a ter um plano de trabalho executado na prática, que a gente vê a integralidade, que a gente depende muito de como estão as cobranças, quer dizer, eu entendo que a equipe de PSF tivesse que ter um trabalho diferenciado frente a sua comunidade, não só de estar atendendo programas. Um olhar geral, como se você fosse um elemento da saúde coletiva. Não, meu problema aqui vai ser de raiva e todos nós vamos vacinar cachorro; nosso problema agora vai ser priorizar as crianças até quatro anos. Quer dizer, trabalhos coletivos feitos coletivamente e

não essa pulverização de coisas, hoje é hipertensão, amanhã é diabetes. Quer dizer, como é que está a visão do campo e que tipo de inserção o distrito poderia ter para criar esse tipo de coisa? (ENTREVISTADO 5).

A programação adotada pelos gestores da atenção básica no município ainda está centrada no campo normativo, com enfoque na produtividade e nos indicadores quantitativos demandados pelo MS, conforme evidenciado nas falas.

Eu tenho que participar de tantas reuniões de equipe por mês. Eu tenho que participar de reunião na secretaria. Quantas reuniões na secretaria eu participei? É tudo mais assim mesmo, mais quantitativo. E a gente questionou: ‘venha cá, a gente tem indicadores mais quantitativos do que qualitativos? E a qualidade desses serviços?’ Porque visitar 80% das minhas equipes não está dizendo, para mim, nada. Para mim não diz nada. Eu posso ir lá, visitar a equipe e bater um papo. Não me diz nada e eu boto lá que eu visitei a equipe, não é? (ENTREVISTADO 6).

Foge da realidade. Foge da realidade, entendeu? Então, assim, a coisa vem verticalizada desde o Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde quer que o médico faça tantas consultas por mês, que o enfermeiro faça não sei quantos preventivos, faça isso, faça aquilo. Sim, mas será que eu, trabalhando na Unidade de Saúde da Família, onde que eu vou conseguir fazer o mesmo número de consultas que a outra Unidade, que tem uma realidade diferente da minha? (ENTREVISTADO 5).

O processo de trabalho na ESF pressupõe organização de serviços num modelo de atenção centrado no usuário, exercido por uma equipe multiprofissional, com ações de acolhimento, de vínculo, de responsabilização e de resolutividade, planejadas e priorizadas com base em um diagnóstico situacional, com população e território definidos.

A integralidade como princípio norteador da organização dos serviços de saúde pressupõe que o planejamento das ações deva ser centrado nas necessidades dos usuários, e para a apreensão dessas necessidades faz-se necessário o diálogo, a participação e a análise das informações produzidas pelos sistemas de informação em saúde (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005; MATTOS, 2006; MERHY, 1997).

Entretanto o planejamento verticalizado e voltado para uma lógica normativa distancia-se da realidade local, aliena a equipe de saúde e conduz os profissionais a organizar os serviços de acordo com demandas externas, com forte conotação na produtividade dos serviços.

Ainda que o planejamento local represente uma das atividades fundamentais para organizar o trabalho das equipes da ESF, o que se vê na prática é que as metas são pactuadas num calendário definido centralmente, que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes e dos espaços locais. Além disso, mesmo que colem os dados e alimentem os sistemas de informação, muitas das equipes da atenção básica não dispõem da informação

processada para ser utilizada no seu espaço de ação (FEUERWERKER, 2005). Cria-se um paradoxo: uma demanda excessiva de informações incapaz de promover mudanças.

Informação, nós temos que melhorar a qualidade da informação e dar retorno disso junto às equipes [...] Não existe um sistema ainda de *feedback* que as equipes saibam como é que elas estão em função de outras. Se você pudesse avaliar o andamento, a gente saberia que uns estão andando melhor, mais integrado que os outros. (ENTREVISTADO 5).

Esses achados foram evidenciados também no estudo conduzido por Cruz (2009). Ao analisar a utilização da Programação na Atenção Básica pelas equipes de Saúde da Família, essa pesquisadora evidenciou que a programação realizada pela equipe estava mais centrada em reproduzir o quantitativo de serviços a serem ofertados do que nas necessidades da população coberta, cujos padrões estabelecidos pelo MS eram difíceis de serem contemplados pela equipe. A programação, ainda que presente, estava marcada pelo caráter normativo.

No estudo conduzido por Silva (2010) sobre a avaliação da ESF do município de Salvador com foco na integralidade, evidenciou-se que ainda é baixo o percentual de gestores e profissionais de saúde da ESF que utilizam o planejamento como uma ferramenta fundamental no exercício das práticas de saúde. No estudo, apenas 69,2% dos gestores afirmaram que o planejamento faz parte da sua rotina, e apenas 66,7% dos profissionais utilizam o planejamento continuamente na sua prática; 33,3% deles não planejam ou só planejam atividades pontuais, como palestras e dias especiais no calendário da saúde. Não foi citada no estudo a participação dos usuários no planejamento dos serviços a serem ofertados.

Quanto ao monitoramento da produção de serviços, esse mesmo estudo revelou que apenas 69,2% dos gestores das USF efetivamente realizam semanalmente o monitoramento dos serviços produzidos; resultados semelhantes aos dos profissionais, já que 61,9% afirmaram realizar monitoramento da produção de serviços. Entretanto este não é realizado semanalmente por 92,4% desses profissionais (SILVA, 2010).

O planejamento centrado na figura do coordenador ou dos profissionais de saúde pode comprometer a efetividade das ações de saúde ofertadas por não envolver o usuário, perdendo-se com isso a concepção de participação, da ação interdisciplinar, de integralidade que se constrói na diversidade de possibilidades de ação de vários atores.

Para um dos entrevistados, o enfoque centralizador, normativo da programação em saúde, pouco se reverte em mudança, em reorganização de serviços com enfoque nas necessidades de saúde da população, conforme expresso na fala: “[...] um planejamento que não se reverte em benefício pra ação” (ENTREVISTADO 5). E conclui:

Eu acho que falta, até pelas demandas impróprias, planejamento. A avaliação não é uma coisa periódica e que se reverta em benefício para ação. Avaliação esporádica e centralizadora não tem utilidade nenhuma para o que você deve desenhar para sua linha futura. (ENTREVISTADO 5).

Na lógica da programação em saúde, as ações precisam ser planejadas e programadas com a participação do próprio usuário. Este é o espaço em que equipe e usuário devem se encontrar para o planejamento de ações que visem efetivamente atender as necessidades de saúde de uma dada população. Assim, o planejamento e a programação com base no diagnóstico situacional e no critério de risco, tendo como foco a família e a comunidade, podem guiar as ações cotidianas da equipe.

A abordagem participativa também deve estar presente na avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação. O caráter formativo baseado no monitoramento e avaliação das práticas de saúde como instrumento para a compreensão de problemas e situações no âmbito de programas de saúde durante os processos avaliativos tem sido citado por diversos autores como importante instrumento para o planejamento das ações de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

De acordo com as falas dos entrevistados, observou-se que a forma de organização relaciona-se com o modo de planejar os serviços. O planejamento, quando referido, não envolveu o usuário e a equipe, desconsiderou ou pouco considerou suas necessidades. As ações são programadas na visão dos trabalhadores e gestores, do que eles entendem sobre o que os usuários devem receber do serviço, ou do que o serviço tenha necessidade para funcionar melhor.

Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) afirmam que a organização dos serviços e das práticas nos serviços de saúde centrados nos profissionais ou nos coordenadores reduzem as reais necessidades de saúde e determinam, de forma exclusiva, os modos de responder a elas.

Uma das entrevistadas relata que, no início da implantação da ESF no município, foi feito acolhimento pedagógico e a programação local era utilizada pelas equipes. Contudo, diante dos problemas técnicos e gerenciais que o município enfrenta ao longo dos anos com a implementação e expansão da estratégia, essa prática tem sido abandonada pelas equipes. De acordo com os entrevistados, problemas como más condições de trabalho, despreparo dos profissionais, precarização dos vínculos e rotatividade dos profissionais têm desestimulado as equipes a trabalharem a programação na ESF.

Quando nós implantamos o serviço de Saúde da Família, seguiu todos aqueles preceitos orientadores. Então um desses seria fazer acolhimento pedagógico com as equipes e, no acolhimento pedagógico, já falávamos sobre planejamento, já ensinava como fazer o planejamento. Só que, ao longo do tempo, isso se perdeu. Quando começou o processo de precarização dos vínculos de trabalho, se perdeu completamente porque a rotatividade de profissionais aumentou muito, muito mesmo [...] Com a rotatividade os novos profissionais chegavam sem nenhum conhecimento do que era planejamento, do que é PSF. (ENTREVISTADO 4).

Você planeja, mas tem inúmeras dificuldades na execução por falta de condições de trabalho. Então não é somente a falta de planejamento. Não ter planejamento é um dos itens, mas você também não tem condição. Você pode planejar [...], mas você não tem impressos, você não tem isso, não tem aquilo. Então eu não diria que não tem, eu diria que é insuficiente. E é preciso também que as pessoas sejam capacitadas para planejar, não é uma tarefa fácil. No início se tentou, mas por conta de tudo isso, este processo foi muito fragilizado! (ENTREVISTADO 5).

A despeito das dificuldades enfrentadas pela gestão, os entrevistados reconhecem a relevância do planejamento na organização dos serviços de saúde. A programação local abre espaço para o reconhecimento das necessidades da comunidade adscrita e, baseando-se na realidade local, as intervenções podem promover mudanças nas condições de vida e saúde da população, conforme sinalizado em uma das falas:

[...] o planejamento para os serviços é importantíssimo. Então eu acho que precisamos caminhar em uma linha só, numa linha. Qual é essa linha para mim? É a comunidade. É ver a necessidade da comunidade. (ENTREVISTADO 6).

A programação da atenção à saúde é uma ferramenta importante para definição de prioridades das ações e serviços a serem implementados, e a participação social desempenha um papel relevante no processo. Nesse aspecto, os Conselhos Locais de Saúde, ao criarem canais de escuta da sociedade, podem se tornar um espaço para gerar ações transformadoras.

O papel dos Conselhos Locais de Saúde é participar, avaliar e planejar junto. É dizer se é realmente ali, naquele lugar, que estão querendo construir aquele posto, aquela Unidade de Saúde da Família, se é isso mesmo que eu preciso. A comunidade, ela está sendo ouvida? A população está sendo ouvida? Não. (ENTREVISTADO 6).

De acordo com dados do CNES (CONSELHO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011), apenas 20% das unidades básicas de saúde do município de Salvador possuem Conselho Local de Saúde. Aliadas à cobertura incipiente, encontram-se as fragilidades na percepção do papel do Conselho Local na elaboração de políticas locais de saúde e organização de serviços.

Os conselhos locais que nós temos não sabem, de fato, qual o seu papel. Então como se dá [...] o controle social na Estratégia Saúde da Família, entendeu? Então os conselhos e o controle social, hoje, não conseguem ainda participar da organização dos serviços de saúde, porque esse é o objetivo do controle social! (ENTREVISTADO 1).

Ressalta-se que a forte burocracia exigida inviabiliza a constituição dos Conselhos Locais de Saúde com as comunidades. Para os entrevistados, as lideranças comunitárias no município organizam-se na informalidade, e os conselhos distritais formados podem transformar tal cenário e fortalecer os Conselhos Locais de Saúde.

A questão do conselho local é a seguinte: a documentação é solicitada, mas essas lideranças, essas associações são muito informais. Muitas são formadas somente na hora da política e a papelada custa dinheiro: CNPJ, dentre outras coisas. Eles querem também uma exigência demasiada. Na hora que você identifica uma liderança, começam a exigir documentação, mas eles não têm, e também não existe em número suficiente de representação local para se formar um conselho local. (ENTREVISTADO 5).

As equipes que tiveram a iniciativa de formar tiveram dificuldade porque nas áreas em que está implantada a Estratégia Saúde da Família a população ainda não é organizada, e as instituições que têm lá não estão organizadas. Então eles podem até atuar na área, mas quanto à oficialização para formar um conselho local, não conseguem. (ENTREVISTADO 6).

Eu já estive na ponta, gerenciando unidade, eu nunca fui de Equipe de Saúde da Família, mas gerenciando unidade, e eu queria formar o conselho local, identifiquei instituições que atuavam e tudo, mas não pude formar porque eles não eram formalizados. (ENTREVISTADO 4).

Foram criados recentemente os conselhos distritais, obedecendo ao desenho territorial dos 12 distritos sanitários que compõem a área territorial sanitária do município de Salvador. Para os entrevistados, esse fato é um ponto positivo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde no município e um importante termômetro direcionador da organização dos serviços de saúde, por constituir-se num elemento conversor de mudança.

Nós vamos ter o conselho distrital, a meu ver, do nosso lado, fazendo determinadas reivindicações. Eu acho que favorece quando você tem uma penetração maior na instituição, pelo menos no conselho, pela força que ele tem, e junto ao conselho municipal. (ENTREVISTADO 6).

Para aqui vai, como nível de reivindicação, porque qualquer pessoa lá pode dizer que não atende a um coordenador, mas na hora que chegar um conselho distrital, a repercussão que aquilo vai ter [...] (ENTREVISTADO 2).

É melhor que chegue lá dizendo: ‘não, nós precisamos implantar um PSF em tal lugar ou a melhoria física da unidade tal’. Porque você, pelas vias institucionais, demora e, às vezes, um cara desses chega lá: ‘olha, precisa de um ajuste em tal lugar’, aí você tem que se virar para ajudar. Acho que os conselhos distritais são 12,

estes vão estar azucrinando o juízo do secretário. Vai ser fogo, todo mundo começando a atuar. Tem que andar, não pode ficar parado! (ENTREVISTADO 5).

Do exposto, observa-se que aspectos técnico-administrativos como preparo profissional insuficiente, descontinuidade das ações, rotatividade e precarização dos vínculos de profissionais que compõem a equipe e a pouca valorização do planejamento pela gestão convergem para a formação de uma cultura frágil da utilização dos conselhos distritais na organização dos serviços de saúde.

Dessa forma, é necessário criar viabilidade, espaços de negociação com a gestão, fortalecer o controle social, mobilizar os profissionais para uma cultura de planejamento e programação que possa orientar uma organização dos serviços de saúde que se aproxime da realidade e das necessidades de saúde de cada população adscrita. Como ficou registrado em uma das falas dos entrevistados: “[...] que o planejamento possa se reverter em benefício pra ação” (ENTREVISTADO 5).

6.4 PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ESF

Em relação à temática de recursos humanos de saúde (RHS) na atenção básica do município de Salvador, percebe-se problemas marcados por precarização das relações de trabalho, envolvendo flexibilização nas condições de remuneração adotada, vínculos irregulares, ausência de uma política de RHS que atenda as necessidades do SUS no âmbito local, gerando descompromisso e comprometendo a efetivação dos princípios estruturais e ideológicos voltados para o acolhimento, estabelecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção e consumo de serviços de saúde.

A ESF, no município de Salvador, foi implantada com pessoal terceirizado por organizações hospitalares que para alguns entrevistados representa uma contradição para uma estratégia que defende um modelo de atenção à saúde com princípio e diretriz de criação de vínculos e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, com possibilidade de garantir continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O PSF foi implantado com pessoal todo terceirizado, terceirizado por uma empresa privada, um hospital que contratava o pessoal para trabalhar no PSF, inclusive responsável pelo treinamento etc. Qual é o tipo de formação, de capacitação, de qualificação dessas pessoas? E os gestores faziam um acompanhamento muito

tímido, um controle muito tímido [...] Então, veja que coisa contraditória. (ENTREVISTADO 3).

Esse cenário é reflexo da formatação de um novo desenho de mercado de trabalho no SUS, centrado na contenção de gastos, congelamento e redução dos salários, desregulação das relações de trabalho por meio da flexibilização na contratação de pessoal, principalmente nas iniciativas referentes à expansão da ESF e do PACS, constituindo-se num desafio ao processo de construção da política de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2005; GIRARDI, 1999).

No cenário de democratização do país, a garantia do direito universal à saúde desencadeou um aumento das demandas do Estado por meio da expansão dos serviços de saúde e da oferta de emprego público e privado. De acordo com Barbosa (2010), essa expansão foi impulsionada pelo processo de descentralização da atenção ambulatorial para o âmbito municipal e pelo crescimento do setor contratado do SUS de serviços médicos, planos e seguros de saúde, flexibilizada pela reforma administrativa gerencial.

Na segunda metade da década de 1990, a proposta de reforma estrutural do Estado por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), objetivando maior autonomia administrativa e maior agilidade na contratação de bens e serviços, bem como de recursos humanos para atender às necessidades do setor, deu início a um processo de flexibilização das relações de trabalho, sendo adotada pelos gestores do SUS na grande maioria dos estados e municípios brasileiros, provocando um processo de precarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2005).

Aliada a este contexto, a descentralização da gestão dos serviços de saúde para os municípios, induzida pelo MS, tem-se dado sem levar em consideração o despreparo da esfera municipal em conduzir o processo de descentralização e a precariedade da sua estrutura técnico-administrativa voltada para a prestação de serviços de saúde (BODSTEIN et al., 2006; LUZ, 2006).

As contratações e descontrações de RHS ferem o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal, o qual determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade fim da administração pública (BRASIL, 1988). A maioria das formas de contratação dos trabalhadores de saúde em Salvador dá-se por meio de incorporação arcaica do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo (SILVA, 2010).

Os dados oficiais não retratam de forma fidedigna os tipos e o percentual de postos de trabalho no SUS que se enquadram nessas condições de precariedade. Alguns estudos, como o de Silva (2010), identificam que cerca de 90% dos trabalhadores da ESF do município de

Salvador apresentavam vínculos precários de trabalho, o que contribui para insatisfação pessoal, comprometendo a dedicação desses profissionais e, conseqüentemente, fragilizando o princípio da integralidade. Destes vínculos, a maioria se deu por meio de regimes emergenciais de contratação, como o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) ou Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), sem garantia de direitos trabalhistas.

A precarização das relações de trabalho gera impacto negativo na eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, promovendo vulnerabilidade e incertezas do vínculo, interferindo na qualidade e na continuidade da assistência.

Eu acho assim, que leva a um desânimo, uma desmotivação. O profissional, ele não se sente valorizado enquanto profissional porque você não tem nenhuma perspectiva de que isso vai melhorar. O que você sabe é que não vai continuar. Então, se eu sou REDA, eu não vou continuar, se eu sou TAC, eu não vou continuar. Isso leva muito os profissionais a ficarem dessa forma. (ENTREVISTADO 6).

Os vínculos precários na estratégia [...] interfere desde o compromisso do profissional até o serviço que ele oferece, as práticas, a qualidade e tudo. (ENTREVISTADO 4).

Não tem como você avançar na implantação de políticas e organização dos serviços com essas interrupções. (ENTREVISTADO 3).

Para um dos entrevistados, um dos pressupostos para a organização de serviços e efetivação de políticas públicas de saúde que se orientam pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo com a comunidade e continuidade, da integralidade e responsabilização, é a existência de vínculo estável dos profissionais de saúde.

O vínculo profissional, eu acho, na saúde [...], é importantíssimo que tenhamos um vínculo estável se estamos trabalhando e buscando um modelo de integralidade que requer estabelecimento de vínculos e de clientela. Precisamos que tenha profissionais com salário justo, adequado, que dá para sobreviver. Essa questão foi durante muito tempo um problema [...] Ainda é um problema sério! (ENTREVISTADO 3).

A questão da precarização das relações de trabalho no SUS e, em especial, na implementação da ESF é um problema para a efetivação dos princípios estruturantes do SUS. O município deu um passo importante com a realização recente do concurso público para provimento dos cargos da ESF, entretanto, até o momento da realização deste estudo, nenhum candidato aprovado foi convocado. Para um dos entrevistados, a realização deste concurso constitui-se numa oportunidade de mudança no contexto atual. Para tanto, sugere a capacitação desses profissionais quanto à lógica institucional e processos de trabalho antes de inseri-los no serviço.

Sabe o que é que a gestão teria que fazer? Aproveitar as pessoas que estão entrando aí agora no concurso e fazer diferente. Não vamos jogar elas de qualquer jeito. Não vamos colocar elas apenas por colocar no serviço; vamos preparar essas pessoas, dizer a elas o que é a prefeitura, como é que essa instituição funciona; vamos ver o que é a Secretaria da Saúde, como ela funciona, seu organograma; vamos mostrar quais são os setores que a gente tem, como é que a gente trabalha. Isso não é feito, isso não é feito! Então como é que você trabalha a integralidade dessa forma se eu, enquanto profissional, não sei como a secretaria e seus serviços estão organizados? (ENTREVISTADO 6).

Poderíamos também situar a perspectiva da gestão e dos trabalhadores de saúde que cotidianamente enfrentam problemas para organizar serviços e prestar assistência de qualidade e resolutiva relacionadas à infraestrutura e dificuldades administrativas que contribuem para a precarização das condições de trabalho, conforme ficou registrado nas falas dos entrevistados.

[...] quando você chega numa instituição, hoje você vê a porta caindo, o teto desabando. Isso vai passar a impressão do que você está fazendo por essa comunidade: de que nada funciona! (ENTREVISTADO 2).

[...] eu vou dizer para você, eu não sei se é o caos, mas se não for, a gente vive muito perto do caos, porque a gente chega na unidade onde você tem autoclave que não funciona, nada funciona! Os odontólogos, coitados, sofrem, são os que mais sofrem! Consultório sem manutenção, a gente tem unidades que entraram em reforma tem quase dois anos, a reforma acabou e o consultório odontológico está sem funcionar por causa do esgoto e ninguém faz nada. Então isso não é trabalhar a integralidade. (ENTREVISTADO 6).

Aqui eu não lido com a falta de não querer trabalhar, entendeu; aqui eu lido com falta de condições de trabalho para essas pessoas. (ENTREVISTADO 5).

Na perspectiva da gestão, as condições de trabalho ruins enfrentadas pelas coordenações dos DS e das UBS geram dificuldades em dar respostas às demandas técnicas das unidades de saúde e, conseqüentemente, às demandas de saúde da população. Para os entrevistados, a estrutura técnica instalada não é proporcional à realidade dos distritos, que são marcados por grandes diferenças socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas e culturais.

[...] o que falta são condições de trabalho e maior número de recursos humanos. Na ponta, muitas vezes nós somos cobrados, o distrito na verdade é cobrado, ah não foi feito isso, não foi feito aquilo, mas por que não foi feito, será que é porque não quis ou será que é porque não teve condições de fazer? (ENTREVISTADO 6).

O problema começa a ser gerado porque a gente não consegue dar a resposta necessária. Por exemplo, falta gaze, justifica faltar gaze nas unidades? Não, mas falta! (ENTREVISTADO 1).

Os distritos sanitários, a organização mínima da estrutura dos distritos sanitários, a equipe é realmente muito pequena para tocar tudo [...], não é proporcional ao tamanho do distrito. (ENTREVISTADO 4).

Trad (2006) alerta que os trabalhadores de saúde não podem prescindir de condições concretas para atendimento da demanda, situação que obstaculiza uma atenção integral. Muitas vezes, a falta de condições estruturais para o desenvolvimento do trabalho desestimula o profissional de saúde. Devemos estar atentos, pois esta situação pode apontar para a desvalorização do trabalho que essas equipes têm tentado realizar (FILGUEIRAS, 2006).

Por fim, é importante destacar que, embora este estudo tenha verificado a problemática de gestão dos recursos humanos e as más condições de trabalho dos profissionais de saúde como elementos determinantes da precarização do trabalho na saúde, em especial na ESF no município de Salvador, esta realidade diz respeito a outros municípios brasileiros (FACCHINI et al., 2006a; SILVA; FIGEIRÓ, 2008; BRASIL, 2005), apontando que a precarização do trabalho na saúde está longe de ser solucionada. Nesse sentido, trabalhar com o foco nos gestores municipais de saúde constitui uma importante estratégia para identificar diferenças entre as concepções e trajetórias da gestão do trabalho na ESF.

Portanto a melhoria dos processos de trabalho é um ponto essencial para a efetivação da organização dos serviços e das práticas de saúde na ESF de acordo com as propostas estabelecidas pelos documentos ministeriais, na perspectiva de se efetivarem princípios de integralidade, de equidade e de resolutividade na atenção à saúde, direcionados à capacidade de dar respostas do sistema, dos serviços e das ações de saúde de acordo as necessidades da população, promovendo, assim, a transformação das suas condições de vida.

No caso particular do município de Salvador, remete-se também à necessidade de fortalecimento da capacidade técnico-administrativa dos DS, conforme já relatado neste trabalho, capaz de dotá-los com recursos suficientes para organizar serviços de saúde em razão das necessidades de saúde demandadas por população adscrita.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscamos apreender e descrever por que a organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador se afasta da integralidade, baseando-se em informações obtidas dos informantes-chaves envolvidos direta ou indiretamente com a gestão e controle social da atenção básica do município, incluindo um representante do Legislativo, bem como de documentos como os Planos Municipais de Saúde e a ata do Conselho Municipal de Saúde.

Os conteúdos das entrevistas e dos documentos analisados possibilitaram a construção do conhecimento ao identificarmos elementos que respondessem ao objetivo da pesquisa. Foi apreendida uma diversidade de descrições da dimensão político-administrativa na organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador, as quais denominamos: a) posições técnico-políticas e correlações de forças entre os atores sociais na organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador; b) articulação da ESF com a rede municipal de serviços de saúde; c) planejamento em saúde como instrumento de organização dos serviços na ESF; e, por fim, d) a precarização das relações de trabalho na organização dos serviços de saúde da ESF.

A primeira categoria apontou alguns elementos que direcionam ao por que do distanciamento da organização dos serviços de saúde da ESF no município do princípio da integralidade, como fragilidades na centralidade da estratégia na agenda política, descontinuidade político-administrativa e pulverização da ESF no município. A pulverização deu-se pela complexidade intraurbana, pelas pressões sociais e político-partidárias existentes, gerando distorção e descaracterização dos princípios e diretrizes estruturantes da estratégia.

Em conjunto, esses elementos envolvem correlações de forças na organização dos serviços de saúde da atenção básica municipal orientada pela ESF e têm interferido na implementação e expansão da estratégia e na efetivação do princípio da integralidade. Cenário este que, no campo político-administrativo, tem colocado o município numa situação incipiente de expansão da ESF, incapaz de provocar impacto na reorganização dos serviços de saúde empreendidos pelos princípios da integralidade, da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, na resolutividade, na intersetorialidade e na participação social.

Agrega-se a isso a desarticulação e a má distribuição da rede municipal de serviços de saúde. Aspectos político-administrativos no âmbito macro e micro da gestão têm criado barreiras para o fortalecimento de uma rede de serviços que articule a estratégia aos diferentes níveis de atenção à saúde.

No âmbito macro da gestão, as fragilidades no projeto de governo para o setor saúde, a descontinuidade político-administrativa e a baixa capacidade técnico-política da gestão criam um descompasso na estruturação da rede de serviços de saúde capaz de assegurar a mobilidade do usuário no sistema e a integralidade na atenção à saúde. Já no âmbito micro da gestão, a estrutura organizacional vigente e a condução político-administrativa do sistema constituem desafios atuais postos à gestão municipal, sobretudo na organização dos serviços básicos de saúde do município.

Outro componente fundamental refere-se ao planejamento e programação local como instrumentos viabilizadores da organização dos serviços de saúde para uma atenção integral. O planejamento das ações e a organização dos serviços de saúde na ESF, direcionados para a população adscrita, deveriam levar em conta o contexto em que as pessoas vivem, a realidade epidemiológica, socioeconômica e cultural.

Entretanto, o planejamento em saúde, quando presente, estava limitado ao âmbito central da Secretaria da Saúde, marcado por forte caráter normativo, esporádico, com conotação de produtividade e ausência de participação popular no planejamento e na gestão e organização dos serviços de saúde.

Percebe-se a existência de uma cultura frágil da utilização do planejamento na organização dos serviços de saúde relacionada ao preparo profissional insuficiente em trabalhar o planejamento, descontinuidade das ações, rotatividade e precarização dos vínculos dos profissionais que compõem a equipe.

Por fim, a precarização das relações de trabalho na estratégia, que com as péssimas condições de trabalho e as interrupções criam condições desfavoráveis para qualquer tentativa de organização de serviços e práticas de saúde que propõem efetivação de vínculos e acolhimento de clientela, cujo cenário reflete na qualidade dos serviços prestados à população.

É com essas contradições, em todos os âmbitos da dimensão político-administrativa, que a gestão da atenção básica do município tem de lidar para poder cumprir o objetivo de reorientar a rede de serviços de saúde para a garantia da universalização e da integralidade da atenção à saúde, tendo a ESF como proposta reorientadora do sistema.

É importante ressaltar que a educação permanente como um instrumento de aprendizagem dos trabalhadores para o enfrentamento de problemas, para o trabalho em equipe, para o planejamento participativo e outros aspectos apontados neste estudo como entraves à integralidade só foi levantado por um entrevistado. Isto indica que a necessidade de

articulação entre trabalho e educação ainda está pouco presente nas preocupações dos gestores de saúde do município de Salvador.

Entendemos que esta dissertação não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema, mas permitiu vislumbrar áreas que exigem maior aprofundamento, uma vez que o estudo propôs apenas uma descrição do por que a organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador se afasta do princípio da integralidade. Por isto, seria recomendável que outros estudos pudessem fazer um aprofundamento analítico no campo da Ciência Política, de modo a ampliar cada vez mais o conhecimento sobre as questões envolvidas na temática da organização dos serviços de saúde da ESF, possibilitar um maior aprofundamento dos elementos já conhecidos e revelar outros ainda a serem descortinados.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria de Administração do Estado da Bahia. **Lei 8.647, de 29 de julho de 2003**. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais. Salvador, 2003.
- BARBOSA, N. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público x privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, ago. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- _____. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.
- BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. D'A.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 245-265.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro e 1996. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2011.
- CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimentos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

CAMARGO JR. et al. **Estudo de linha de base Proesf, lote 1 Sudeste: Minas Gerais e Espírito Santo**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, 2006. Relatório Final.

_____. Vivências e Reflexões de Avaliação na Atenção Básica: a experiência dos ELBs/Proesf em Minas Gerais e no Espírito Santo. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 119-151.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARDOSO, M. **Avaliação da cobertura de atenção básica à saúde de Salvador, Bahia**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CECILIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 117-130.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais de saúde. In: CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. P (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 96-131.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Sistema Único de Saúde: Constituição Federal - seção II; Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080; Lei nº 8.142; Decreto nº 99.438; Carta de Fortaleza. Porto Alegre, 1990. (Publicações Técnicas, nº 2).

CONNIL, E. 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, p. S7-S27, 2008. Suplemento.

_____. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18, p. S191-S202, 2002. Suplemento.

CRUZ, D. **A programação da atenção básica na prática das equipes de saúde da família**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 51-66.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006a.

_____. **Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**: relatório final. Pelotas: IFPEL, 2006b. Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/index.htm>>. Acesso em: maio 2011.

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

FILGUEIRAS, S. L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: DESLANDES, S. F (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 389-414.

FLEGELE, D. et al. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, ES, v. 12, n. 2, p. 5-11, 2010.

FRANCO, Túlio Batista. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no Cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____; MAGALHAES JÚNIOR, H. M. Integralidade na atenção à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.

GIL, C. 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.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GIRARDI, S. **A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. Washington. DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 105-116.

HEIMANN, L.; MENDONÇA, M. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma abordagem de identidade. In: LIMA, N (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados censitários**. Brasília, 2010.

INOJOSA, R. M. Redes de compromisso social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 115-141, set./out. 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

LUZ, M. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERM/MS/ABRASCO, 2006. p. 21-41.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S42-S57, 2008. Suplemento 1.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R (Org.). **Os sentidos da integralidade à atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ MS/ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MATUS. C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, E. **A atenção primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus limites. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

_____. Todos os atores em situação na saúde disputam a gestão e produção do cuidado. In: MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 149-178. (Saúde em Debate, 145).

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância as Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N (Org.). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

_____; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. S1819-S1829, nov. 2007. Suplemento.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. L. G. Integralidade nos programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-41.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIGHI, A. W. **Avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde**: o caso da Estratégia Saúde da Família. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009.

ROVERE, M. **Redes en Salud**: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario, Argentina: Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario, 1999. Disponível em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/residenciales/redessalud.pdf>>. Acesso em: jan. 2012.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Lei nº. 7400/2008. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município do Salvador**. Dispõe sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município do Salvador – PDDU 2007 e dá outras providências. Salvador, 2008.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2006-2009)**. Salvador, 2006.

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

SANTOS, H. **Análise da implantação do processo de terceirização no sistema municipal de saúde em Salvador**. 2009. 86 f. TCC (Graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, NEMES; GONÇALVES, R. B (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SILVA, G.; FIGUEIRÓ, A. C. Linha de Base Matricial da Implementação do Proesf. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 71-96.

SILVA, M. **Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SILVA JUNIOR, E. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 10, p. S49-S60, nov. 2010. Suplemento 1.

SOUSA, M. F. **Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços de saúde.** 2007. 264 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde Debate**, n. 27, p. 257-277, 2003.

_____. **Planejamento municipal de saúde.** Salvador: ISC/UFBA, 2001.

_____. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano V, n. 7, jan./abr. 2004. Edição Especial.

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: _____. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 89-128.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. F (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 31-47.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, A. **Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos.** 2002. Relatório Técnico. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/caadab>>. Acesso em: abr. 2011.

VIANNA, A. L. D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 577-606, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Considerações sobre os resultados dos estudos de linha de base incluídos na meta avaliação. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 399-409.

_____. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

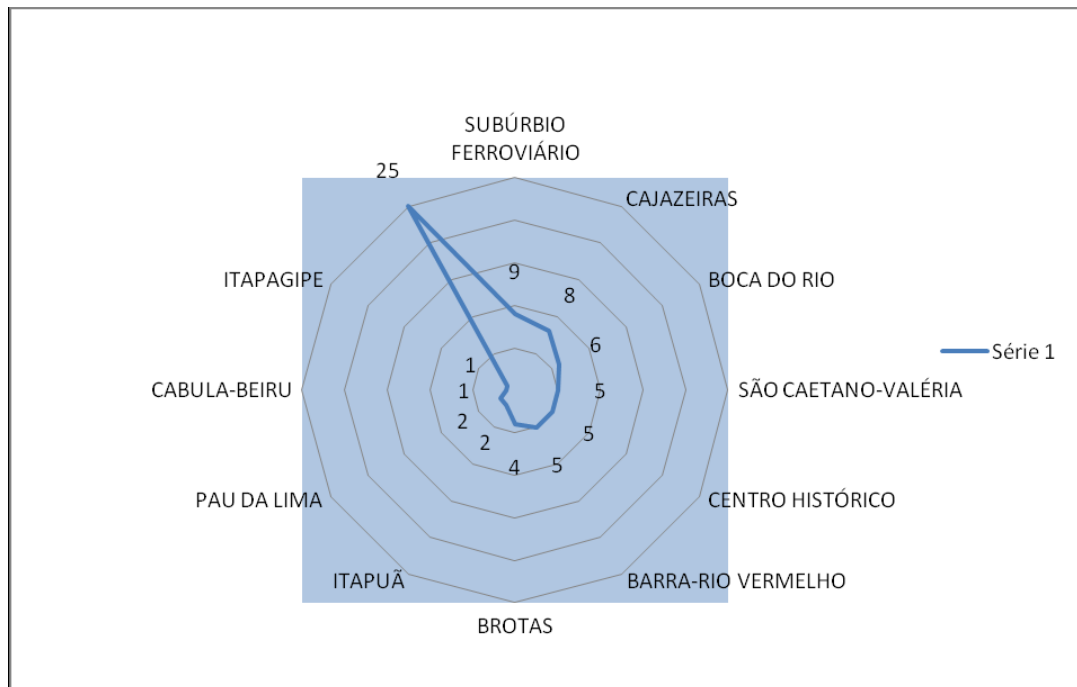
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRALIDADE

Roteiro de entrevista

Além das políticas de saúde específicas, a integralidade está relacionada ao modo como os serviços e as práticas estão organizados. O desafio do SUS, nesse sentido, é associar as dimensões preventivas e assistenciais em uma rede organizada de serviços capaz de ofertar ações conforme as necessidades de saúde da população local, por meio de práticas profissionais voltadas para os indivíduos e à coletividade, considerando o contexto no qual estão inseridos (MATTOS, 2006). Num estudo de linha de base avaliativa conduzido por Silva (2010), que teve como objetivo avaliar a Rede de Unidades de Saúde da Família com o foco na integralidade, no município de Salvador, foi identificada a distância entre a rede de Unidade de Saúde da Família e o princípio da integralidade. A avaliação da dimensão da organização dos serviços e das práticas considerou os seguintes indicadores: utilização contínua de mecanismos de planejamento na organização dos serviços; utilização contínua de monitoramento da produção de serviços; existência de iniciativas de Educação Permanente ofertadas pela organização; reorganização do processo de trabalho com base na avaliação dos serviços e tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde. O resultado global deste estudo demonstrou uma situação preocupante para toda a rede de Unidades de Saúde da Família do município. No estudo, a pontuação máxima possível era de 25 pontos (o quanto cada distrito se aproxima desta dimensão da integralidade). O distrito que obteve melhor resultado alcançou nove pontos, e os que obtiveram pior resultado, apenas um ponto.

A seguir, a representação gráfica desse resultado. Considerando a borda externa como o valor máximo (25 pontos) a ser alcançado para a dimensão da organização dos serviços e das práticas profissionais, pode-se observar o quanto cada distrito se aproxima desta dimensão da Integralidade.

Gráfico 1 – Proximidade da rede de Unidades de Saúde da Família com o princípio Integralidade na dimensão da organização dos serviços e das práticas de saúde



Fonte: Silva (2010, p. 63).

Organizado em ordem crescente, observa-se, partindo do centro do gráfico, os Distritos Sanitários Itapagipe e Cabula-Beiru, com os piores resultados, e Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário com os melhores resultados, a despeito de ainda estarem muito distantes da Integralidade.

Diante desses resultados,

- 1) Gostaríamos que você expressasse a sua opinião sobre o porquê da organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador ter se afastado do princípio da integralidade.

Questões específicas:

1. Em sua opinião, a ESF tem sido o modelo orientador da organização dos serviços de saúde na Atenção Básica do município de Salvador?
2. De que modo o planejamento, o monitoramento e a avaliação têm sido utilizados na organização dos serviços de saúde na ESF?
3. Como a precarização das relações de trabalho em saúde tem interferido na organização dos serviços de saúde da ESF do município de Salvador?

4. De que modo tem se dado a articulação da ESF com os demais serviços da rede de saúde municipal, visando a garantia da atenção integral à saúde da população?
5. Como tem se dado o controle social na organização dos serviços de saúde na ESF?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRALIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Luciano Rodrigues Reis (mestrando) e Norma Carapiá Fagundes (orientadora), estamos convidando você a participar, como entrevistado (a), de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o porquê da organização dos serviços da ESF do município de Salvador se distanciarem do princípio da integralidade. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão compreender o motivo de a organização dos serviços de saúde na ESF do município de Salvador se afastar do princípio da integralidade, uma vez que o conhecimento adquirido certamente nos conduzirá para uma reflexão e identificação de novas linhas de ação e diferentes abordagens na maneira de organizar os serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, de modo a alcançar a integralidade.

Se você consentir, sua entrevista será gravada. Após a entrevista, você pode solicitar o material gravado para ouvir e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelos pesquisadores por um período de cinco anos, e após esse período será destruído (queimado), ficando à sua disposição no grupo de pesquisa Gerir da escola de Enfermagem da UFBA.

Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Também não será identificado o nome da Organização, tampouco da unidade em que será desenvolvido o trabalho. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa sem lhe causar qualquer prejuízo. Os pesquisadores e os participantes não serão remunerados pela participação neste estudo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores pelo telefone (71) 3283-7623, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia ou pelo endereço eletrônico: lucianorreis@yahoo.com.br.

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

Salvador-BA, de de 2011.

Sujeito da pesquisa

Norma Carapiá Fagundes
Orientadora

Luciano Rodrigues Reis
Mestrando

ANEXO A – Parecer comitê de ética em pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP****TERMO DE APROVAÇÃO**

Comunicamos que o Protocolo nº 28/2011 – FR 436341 Título do Projeto: Análise da organização dos serviços na estratégia de saúde da família com foco na integralidade . foi considerado aprovado após o atendimento das pendências constantes no parecer do dia 26/06/2011

Pesquisadoras Responsáveis: Luciano Rodrigues Reis

Demais Pesquisadores: Norma Carapiá Fagundes

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 14 de julho de 2011

Considerado pelo vice-coordenador: aprovado após atendimento às pendências

OBSERVAÇÃO:

Os pesquisadores devem atentar para as novas diretrizes da resolução 196/96 sobre a entrega do parecer a instituição e pegar o modelo da declaração para a instituição. Após a coleta de dados lembrar a entrega do relatório final.

Salvador, 14 de julho de 2011

Darci Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP

ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 436341	
Projeto de Pesquisa ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO INTEGRALIDADE					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Organização Serviços Saúde, Estratégia Saúde da Família, Integralidade					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 0	Total Brasil 4	Nº de Sujeitos Total 4	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Especifico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Luciano Rodrigues Reis			CPF 928.069.295-04	Identidade 0845791702	
Área de Especialização GESTAO SAUDE PUBLICA			Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço SILVEIRA MARTINS, COND. POMAR CABULA, EDF. VIVENDA DAS ORQUÍDEAS, APT0 201			Bairro CABULA	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal	Telefone / 71 34925611	Fax	Email lucianorreis@yahoo.com.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____ / ____ / ____			Assinatura		
Instituição Proponente					
Nome ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA		CNPJ 07.188.943/0001-39	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Escola Enfermagem UFBA		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Augusto Viana, SN		Bairro Vale do Canela	Cidade Salvador - BA		
Código Postal CEP:40.110	Telefone (71)3283-7631	Fax (71)3332-4452	Email ppgenf@ufba.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura		
Data: ____ / ____ / ____					
Instituição Co-Participante					
Nome SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SALVADOR		CNPJ ..-/-	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Secretaria Saúde Salvador		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Sete de Setembro 2019		Bairro Corredor da Vitória	Cidade Salvador - AC		
Código Postal 40080002	Telefone (71) 3611-1010	Fax (71) 3336-5303	Email		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: _____			Assinatura		
Data: ____ / ____ / ____					